Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

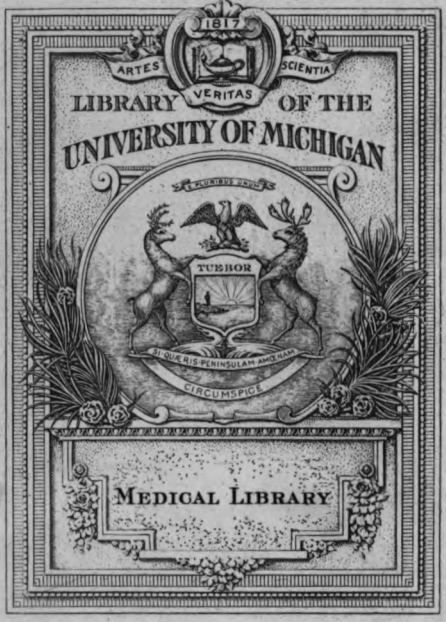
+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

A 3 9015 00382 751 9
University of Michigan – BUHR



Digitized by Google

610.5
A44
Z5

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

GEORG ILBERG

DRESDEN

SIEBENUNDNEUNZIGSTER BAND

BERLIN UND LEIPZIG

WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1932

Digitized by Google

Alle Rechte vorbehalten.

Archiv-Nr. 58 05 32

Digitized by Google

Medical
Hour.

Inhalt.

Originalien.

Progressive Paralyse und antiluische Behandlung. Zusammenstellung der Paralysefälle in Oslo von 1848 bis 1900. Von Dr. *R. Carrière*, Arnsdorf/Sa. 1

Lungentuberkulose in der Irrenanstalt. Von Dr. *Dost*, Hubertusburg/Sa. ... 61

Katamnesen der Täter in einem außergewöhnlichen Mordfall. Von *A. Esser*, Hubertusburg/Sa. ... 74

Ein Fall von endogener Psychose nach Malaria. Von Dr. med. *Werner Künzel*, Arnsdorf/Sa. ... 118

Pubertas praecox bei einem schwachsinnigen Knaben. Von *W. Kürbitz*, Chemnitz-Altendorf/Sa. Mit 6 Abb. auf 2 Tafeln. ... 124

Wachstumsstörungen bei chronischer Encephalitis epidemica. Von *Wilhelm Lange*, Chemnitz-Altendorf/Sa. Mit 1 Kurve im Text. ... 135

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei chronischer Encephalitis epidemica. Von *Frieda Lange-Malkwitz* und *Wilhelm Lange*, Chemnitz-Altendorf/Sa. ... 152

Ein Fall von klimakterischer Psychose mit multipler Blutdrüsensklerose bzw. Atrophie. Von Dr. *Max Liebers*, Zschadrass/Sa. Mit 2 Abb. auf 1 Tafel. ... 158

Zur Indikationsstellung für die therapeutische Beeinflussung sexueller Anomalien durch Kastration. Von Dr. *Paul Nitsche*, Sonnenstein. ... 168

Beitrag zur Kenntnis der von klinischen Verlaufsbildern der progressiven Paralyse bei und nach Recurrensbehandlungen vorkommenden Abweichungen. Von Dr. *Wilhelm Sagel*, Arnsdorf/Sa. ... 189

Beitrag zur Kenntnis der hepato-lentikulären Degeneration. Von *Carl Schneider*, leitendem Arzt der v. Bodelschwing'schen Anstalten Bethel bei Bielefeld. 232

Alzheimersche Krankheit kombiniert mit Simmondscher Erkrankung (Hypophysärer Kachexie). Von Dr. *Schob* und Dr. *Günts*, Dresden. Mit 3 Abb. auf 1 Tafel ... 242

Über die psychiatrische Bedeutung offener Nervenabteilungen an Heil- und Pflegeanstalten. Erfahrungen an der psychiatrischen Randzone. Aus der offenen staatl. Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim, Pirna, von Dr. *Fritz Sievert* ... 261

Zur pathologischen Anatomie der Psychosen. Von Dr. *R. Spaar*, Haina (Kloster). 275

Autonome Hypochondrie. Beitrag zur Psychopathologie und klinische Abgrenzung der hypochondrischen Zustände. Von Dr. *Berthold Wichmann*, Münster/W. ... 292

Kriminalanthropologische Betrachtungen. Versuch einer objektiven Untersuchungsmethode zur Feststellung von kriminellen Eigenschaften. Von Dr. *M. Inglessis*, Berlin ... 340

Vergleichende Untersuchungen über die Hämatologie und den Purinstoffwechsel bei Schizophrenen und Epileptikern. Von Dr. phil. et med. *Karl Küppers*, Görden ... 353

Digitized by Google

Gliom der Brücke. Kasuistische Studie zur Differentialdiagnose der multiplen Sklerose. Von Dr. *L. Gaupp*, Sonnenstein. 377
In der Irrenabteilung der Berliner Charité um 1854. Von Dr. *Helmut Müller*, Leipzig-Dösen 415
Über Selbstbeschädigung. Von Dr. *Rudolf Klimmer*, Waldheim/Sa. 437
Simulation und Psychose. Von *M. Weicksel*, Hubertusburg/Sa. 458
Über das absichtliche Verschlucken von Fremdkörpern. Von *Walter Kirschbaum*, Hamburg. 472
Die Unterbringung der geisteskranken Strafgefangenen. Von Geheimrat Dr. *Kayser*, vormals Dziekanka bei Gnesen, z. Zt. Heidelberg. 485
Über neuere Lokalisationsversuche des Bewußtseins im Gehirn. Von *Niessl v. Mayendorf*, Leipzig 491
Über Wesen und Wirken der weiblichen Genitalhormone. Von Prof. Dr. *Gaessler*, Dresden. 497
Der Erziehungseinfluß der Frau. Von Dr. *Th. Thomas*, Friedenau 513
Friedrich Hölderlin, eine psychiatrische Studie zu Benedikt Lochmüllers Hölderlin-Epos »Brand im Tempel«. Von Dr. *F. Stemplinger*, Bayreuth. 517

Kleinere Mitteilungen.

Zunahme der Heilverfahren wegen Alkoholismus — Ausbau mitteldeutscher Heilstätten für Alkoholiker 393
Buchbesprechungen: *Mauz*, Die Prognostik der endogenen Psychosen 392
Forel-Fetscher, Die sexuelle Frage 395
Schultz-Hencke, Schicksal und Neurose 396
Nosokomeion 398
Bumke, Handbuch für Geisteskrankheiten. 11. Band .. 402
Personalia 411
Nekrolog *Ernst Meyer* 411
Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung für das Jahr 1931 414
Buchbesprechungen: *Jelgersma*, Atlas anatomicum 522
Lenz, Auslese- und Rassenhygiene 523
Kolle, Querulanten 524
Preisarbeit des Deutschen Vereins für Psychiatrie 526
Nächste Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie 526

Autoren-Register.

Carrière 1
Dost 61
Esser 74
Gaessler 497
Gaupp 377
Güntz 242
Inglessis 340
Kayser 485
Kirschbaum 472
Klimmer 437
Künzel 118
Küppers 353
Kürbitz 124
Lange 135, 152
Lange-Malkwitz 152
Liebers 158
Müller 415.
Niessl v. Mayendorf 491
Nitsche 168
Sagel 189
Schneider 232
Schob 242
Sievert 261
Spaar 275
Stemplinger 517
Thomas 513
Weicksel 458
Wichmann 292

Digitized by Google

Herrn

Geheimrat Professor Dr. Ilberg

Freunde und Mitarbeiter möchten Ihnen, hochverehrter Herr Kollege, an Ihrem 70. Geburtstag als Zeichen der Verehrung und Dankbarkeit die folgenden Arbeiten widmen. Wenn mir die Ehre zufällt, Ihnen diese Festschrift zu überreichen, so darf ich auch den Dank des Deutschen Vereins für Psychiatrie hinzufügen. Sie haben in der umfangreichen und nicht immer dankbaren Tätigkeit des ständigen Sekretärs uns Ihre Arbeitskraft unermüdlich zur Verfügung gestellt. Wie Sie es verstanden haben, die Aufgabe unseres Vereins, die Fachgenossen in Wissenschaft und Praxis zusammenzuschließen, erfolgreich weiter zu führen, so ist es Ihnen auch als Herausgeber dieser Zeitschrift gelungen, dieses älteste wissenschaftliche Organ der Deutschen Psychiatrie trotz der Fülle neu erstandener Fachblätter in würdiger Weise zu erhalten und ihm neue Interessengebiete zuzuführen. Möchten Sie noch recht lange Ihrer Arbeitskraft und Ihrer Rüstigkeit sich erfreuen dürfen.

Bonhoeffer

Digitized by Google

Digitized by Google

Progressive Paralyse und antiluische Behandlung.

Zusammenstellung der Paralysefälle in Oslo von 1848 bis 1900.

Von

Dr. **R. Carrière**, Arnsdorf/Sa.

Inhalt.

1. Häufigkeit der Lues. — 2. Schwankungen im klinischen Verlauf der Lues. — 3. Schwankungen in der Behandlung der Lues. — 4. Andere Faktoren, die auf die Häufigkeit der Paralyse Einfluß haben könnten. — 5. Die Paralytiker seit 1848. Liste 1: Paralysen mit sicher bekannter Behandlung der Lues. A. Quecksilberbehandlung. Liste 2: B. Unspezifische Behandlung. Liste 3: Sonstige Paralysen. Liste 4: Zweifelhafte Fälle. Liste 5: Paralysen nach 1900 mit sicheren Berichten über die Luesbehandlung. — 6. Statistisches. — 7. Zusammenfassung.

In Norwegen, namentlich in der Hauptstadt Oslo, liegen die Verhältnisse für das Studium der mit Lues und Paralyse zusammenhängenden Fragen recht günstig. In meiner Assistentenzeit an der hauptstädtischen Anstalt Dikemark (Direktor damals H. *Arnesen*, jetzt R. *Gjessing*) nahm ich die Gelegenheit wahr, die Krankengeschichten seit 1848 auf das Vorkommen von progressiver Paralyse durchzusehen. Über Verlauf und Behandlung der Lues in Oslo liegen ausgezeichnete Veröffentlichungen vor, durch die mein Material soweit an Wert gewinnt, daß eine Mitteilung darüber vielleicht nicht ohne Interesse ist.

Norwegen ist aus mehreren Gründen für die Paralysefragen von großem Wert. Einmal ist die Paralyse verhältnismäßig recht selten, dann zeigte die Lues im Verlauf der letzten 200 Jahre starke Schwankungen in klinischem Verlauf und Häufigkeit, und die antiluische Behandlung ist extremsten Anschauungen unterworfen. Dabei bietet Norwegen verhältnismäßig gut übersichtliche Verhältnisse, das Land ist nicht stark bevölkert, auch die Hauptstadt hatte jedenfalls vor 1900 noch nicht den alles verwischenden Großstadtcharakter.

1. Häufigkeit der Lues.

Da das Vorkommen der Paralyse unbedingt an eine vorangegangene Lues geknüpft ist, wird die Häufigkeit der Paralyse schwanken müssen parallel zu den Schwankungen der Häufigkeit

Digitized by Google

der Lues. Wie Paul *Heiberg* am Kopenhagener Material zeigte, liegen die beiden Kurven etwa 15 Jahre auseinander. Ehe man untersucht, welche Faktoren auf die Häufigkeit der Paralyse Einfluß haben können, muß man also die Häufigkeitskurve der Lues feststellen.

Der Erwerb der Lues wird gefördert durch leichtere, flottere Zeiten, in denen das Geld rollt. Sie ist ja meistens eine wenn auch unerwünschte Zugabe bei einem Geschäft, bei dem Barzahlung verlangt wird. Bei starken Schwankungen der ökonomischen Verhältnisse wird also auch ein starkes Schwanken der Luesmorbidität zu erwarten sein, und bei Fehlen sicherer statistischer Unterlagen wird man aus der Handelsgeschichte vorsichtige Schlüsse ziehen müssen.

Eine doppelte Bedeutung erhält die Handelsgeschichte für die Luesfragen in Norwegen, da dort in früheren Zeiten — vor der Industrialisierung — wirtschaftlich gute Zeiten zumeist gleichbedeutend waren mit Blühen der Schiffahrt. Durch die Handelsmarine erfolgte aber — genau wie auch nach Beendigung von Kriegen durch die Kriegsmarine — in dem früher fast ganz auf Seefahrt eingestellten Norwegen die Einfuhr ausländischer Lues, die dann, solange das Geld rollt, im Lande lebhaft umgesetzt wird. Alles dies sind Betrachtungen, die, wie wir sehen werden, für die Lues-Paralyse-Fragen in Norwegen recht wichtig sind. Wir müssen daher etwas weit ausholen.

Nach Alexander *Bugge* führten die Kriege Ludwigs XIV., in denen Hollands Schiffahrt lahmgelegt wurde, zu einer goldenen Zeit für Norwegen: zwischen 1672 und 1697 (Frieden zu Ryswick) verdoppelte sich die norwegische Handelsflotte. Dann kam jedoch der große nordische Krieg, nach dessen Friedensschluß 1720 eine bis in die Mitte des Jahrhunderts reichende Depression eintrat. Der französisch-englische Krieg 1756—1763 brachte vorübergehend Besserung, aber erst der amerikanische Unabhängigkeitskrieg führte um 1780 wieder zu goldenen Zeiten, die nach kurzer Krise (Friedensschluß zu Versailles 1783) in den Revolutionskriegen um 1790 weiter anhielten, bis die englische Flotte das friedliche Kopenhagen bombardierte (1807). Die Jahre 1797—1807 bezeichnet Jacob *Aall* als die glücklichste Periode, die Norwegens Handelsgeschichte aufzuweisen hatte. 1814 folgte dann, wie bekannt, die Trennung Norwegens von Dänemark, die nach kurzem kriegerischen Konflikt mit Schweden zur Personalunion Schweden-Norwegen führte. Es folgt nun die schwerste Krise, die Norwegen durchzumachen hatte, 1817—1830, mit dem Tiefpunkt im Anfang der zwanziger Jahre. Es kamen dann zwei kurze Blütezeiten: der Krimkrieg 1853—1856 und 1870/71 mit nachfolgenden Depressionen. In den siebziger Jahren setzt die neuere Medizinalstatistik ein,

Digitized by Google

so daß nunmehr der Zusammenhang zwischen Konjunktur und Lues genauer verfolgt werden kann.

Haustein bringt die Syphilisstatistik seit 1877 (siehe auch die Zahlen von 1876—1917 im Bericht von P. *Schau*). Er findet die Schwankungen der Kurve der Syphiliserkrankungen unbedingt abhängig von den Hochkonjunkturen 1882 und 1895—99 sowie von den ökonomischen Krisen 1887/88 und 1903—07. Er macht dazu auf die entsprechenden Kurven für Vergehen (Trunkenheit) und andererseits für Konkurse aufmerksam und erklärt es für berechtigt, die gemeldeten Infektionen als Index für den jeweiligen Stand der Geschlechtskrankheiten zu bezeichnen.

Für die Hauptstadt, deren Verhältnisse uns ja besonders beschäftigen sollen, ist die Frage der Syphilishäufigkeit und deren Statistik mehrfach diskutiert worden (Axel *Holst*, in den Verh. d. med. Ges. in Kristiania 1898, namentlich *Bentzen*). Demnach bestand in der Hauptstadt eine Zunahme der Lueserkrankungen 1826—28, dann Ende der dreißiger Jahre. Die Syphilis nahm da so zu, daß 1840 die reglementierte Visitation eingeführt wurde. 1847—49 war die Zunahme wieder so stark, daß sich in der medizinischen Gesellschaft eine lebhafte Diskussion über die Effektivität der Reglementierung entwickelte. Dann Abnahme 1850—53, Zunahme um 1855? (Krimkrieg!), danach Abnahme, dann der nächste auch statistisch gesicherte Höhepunkt 1869/70, Abnahme 1873—75, neue Epidemie dann mit Höhepunkt 1881/82 und die letzte des Jahrhunderts 1895—99. Dementsprechend betrugen die statistisch erfaßten Erkrankungsfälle an frischer Syphilis in der Hauptstadt über 3 pro mille der Bevölkerung: 1877—82 und 1890—1900, über 4 pro mille 1881/82, 1895/96 und 1898. 1884 waren die Bordelle, 1888 die Reglementierung aufgehoben worden. Seit 1874 bestand ärztliche monatliche, seit 1888 tägliche Meldepflicht. Meldepflichtig überhaupt war die Syphilis schon seit Anfang des 19. Jahrhunderts. Siehe im übrigen die Tabelle 1.

Sehr eindrucksvoll sind die absoluten Zahlen, deren Kleinheit zugleich wohl auch die Haupterklärung dafür bildet, daß Norwegen so auffallend wenig Paralysen hat, und deren starke Schwankungen auf keinen Fall nur durch Mängel der Statistik erklärt werden können: 1877: 297, 1882: 496, 1883: 286, 1888: 212, 1890: 508, 1892: 563, 1895: 724, 1897: 683, 1898: 824, 1902: 564, 1907: 374. — Man vergleiche damit etwa Kopenhagen 1903: 1376 (4,3 pro mille), 1907: 1971 (4,5 pro mille)!

Aus den offiziellen Berichten über Gesundheitszustand und Medizinalverhältnisse in Norwegen ist noch zu erwähnen, daß sich in den absoluten Zahlen für alle Geschlechtskrankheiten wie auch aus dem Bericht des Stadtphysikus der Hauptstadt eine Abnahme der Erkrankungen in den Jahren nach dem

Digitized by Google

Krimkrieg ergibt (1855—58). Jedoch heißt es in den offiziellen Medizinalberichten, 1854 sei die Syphilis nicht mehr als gewöhnlich ausgebreitet und 1855 sei sie nicht verbreiteter als im Vorjahre gewesen, es wurden vom Stadtarzt weniger Luiker als im Vorjahre zur Behandlung eingewiesen. Offenbar dauerte der Krimkrieg zu kurz, um sich auf die Lueshäufigkeit auswirken zu können. Ferner wird für das ganze Land 1814 erklärt, die venerischen Erkrankungen hätten in den letzten Jahren sehr zugenommen, vermutlich wegen der Militärs, die aus den Häfen in ihre Heimat zurückkehrten (1814 Trennung von Dänemark), 1815 und 1816 seien die Verhältnisse ungefähr dieselben gewesen, die »Radekrankheit« (worüber später Genaueres, meist schwere sekundäre und tertiäre Lues) sei (1814) u. a. in der Provinz Akershus (in der die Hauptstadt lag) sehr verbreitet.

Alles in allem können wir demnach sagen: Vor 1800 periodenweise starke Verseuchung mit ausländischer Lues infolge des Blühens der Schiffahrt oder Rückkehr der Kriegsmarine: 1672—1697, dann erst wieder 1756—63 und namentlich erst ab 1780 bis zum Höhepunkt 1797 bis 1807, dann noch 1813—16. Dies wird uns im nächsten Kapitel noch näher beschäftigen. Je weiter wir nun kommen, desto geringer wird die Rolle sein, die eine Einschleppung der Lues durch die Matrosen spielt, vielmehr wachsen Bevölkerung der Hauptstadt, Handel und Wandel im Lande, so daß bei guten Zeiten nun die inländische Lues periodenweise starke Zunahme zeigt: 1826—28, namentlich 1839/40, 1847—49, 1869/70, 1881/82, 1895—99. Dann hätten wir, wenn keine Störungen durch andere Faktoren eintreten, Zunahme der Paralyse zu erwarten: um 1828, um 1842, 1854/55, 1862—64, 1884/85, 1896/97 und 1910—14.

Auf der folgenden Tabelle 1 habe ich die Zahlen zusammengestellt. Zuerst die Bevölkerungszahl, deren Anwachsen seit 1850 periodenweise ja sehr stark ist. Vergleichen wir hiermit später die Zahlen für die Paralyseaufnahmen (im Kapitel »Statistisches«), so wird das Auf- und Abschwanken der Paralysezahlen sehr deutlich. Es sind dann für die Zeit vor 1860 die aus dem oben Gesagten sich ergebenden Zu- und Abnahmen der Syphilishäufigkeit notiert, weiter in derselben Spalte dann ab 1861 die gemeldeten Fälle aller Geschlechtskrankheiten. Man sieht, daß ihre Schwankungen parallel gehen den ab 1877 notierten Zahlen für erworbene Syphilis. Wenn auch vor 1877 in der Statistik erworbene Lues, Rezidive sowie kongenitale Syphilis zusammengezählt wurden, so kann man doch aus dem starken Anwachsen aller Geschlechtskrankheiten 1869/70 einen Rückschluß auf das Anwachsen der Zahl erworbener Syphilis machen.

Digitized by Google

Tabelle 1.

Bevölkerungsmenge, Geschlechtskrankheiten und Syphilis in Oslo.

	Bevölkerung	Syphilis			Bevölkerung	Gemeldete Fälle aller Geschlechtskranken ‰		Gemeldete Fälle erworbener Syphilis	‰
1801	9 527			1876	79 022	1012	12,8	—	—
1815	10 886			1877	81 801	1373	12,8	297	3,1
				1878	112 977	1548	13,7	311	3,0
1825	15 359			1879	116 801	1842	15,8	365	3,4
1835	18 305	1835—40 Zunahme		**1880**	119 407	2258	18,9	424	**3,9**
1845	25 677	1847—49 Zunahme		**1881**	122 036	2424	19,9	453	**4,3**
1850	28 984			**1882**	122 424	2533	20,7	496	**4,4**
				1883	124 155	1924	15,5	286	2,6
1851	29 924			1884	127 537	1862	14,5	298	2,7
1852	30 569			1885	130 027	1723	13,2	271	2,5
1853	30 121			1886	133 273	1854	13,9	264	2,3
1854	30 761			1887	135 615	1594	11,8	272	2,3
1855	31 715			1888	138 319	906	6,6	212	1,8
1856	32 675	Abnahme		1889	143 347	1077	7,5	294	2,3
1857	33 697			**1890**	151 239	1514	10,0	508	**3,5**
1858	34 806	Gemeldete		1891	156 535	1489	9,5	473	3,1
1859	46 998	Fälle aller		**1892**	161 151	1820	11,3	563	**3,7**
1860	48 592	Geschlechts-		1893	167 588	1983	11,8	507	3,2
1861	51 044	kranken ‰		1894	174 717	2302	13,2	546	3,4
1862	53 172	875	16,4	**1895**	182 856	2793	15,2	724	**4,2**
1863	55 125	927	16,8	**1896**	192 141	2855	14,8	733	**4,1**
1864	56 057	933	16,6	**1897**	203 337	3430	16,9	683	**3,6**
1865	57 382	951	16,6	**1898**	221 255	3692	16,7	824	**4,0**
1866	59 453	880	14,8	**1899**	226 423	3525	15,6	764	**3,7**
1867	61 510	822	13,3	1900	227 735	3297	14,4	652	3,1
1868	63 504	1091	17,1						
1869	64 935	1278	**19,6**						
1870	66 514	1481	**22,2**						
1871	68 698	1228	17,9						
1872	70 469	1204	17,7						
1873	72 725	1102	15,1						
1874	75 042	975	12,9						
1875	76 866	1032	13,4						

2. Schwankungen im klinischen Verlauf der Lues.

Das erste Auftreten von Syphilis in Norwegen wird 1518 aus Bergen, der damals größten Stadt des Landes, berichtet. Sie wurde mit Schmierkur behandelt (*Fr. Grön*). Im 18. Jahrhundert tritt

Digitized by Google

nun namentlich im südlichen Norwegen eine verheerende Krankheit auf, die Radesyke (rada — schlimm, syke — Krankheit). Man hält sie bald für Lues plus Skorbut, oder für Skorbut oder Lepra. Auch in anderen Ländern kam sie vor (Marschkrankheit in Holstein, ferner in Schottland, Schweden, Jütland, u. a.). Wenn auch Elephantiasis, Lepra, Skorbut, Tuberkulose manchmal für Radesyke gehalten wurden, so ist nach *W. Boeck* (1863) doch kein Zweifel, daß es sich um eine schwere Lues, meist inveteriert und tertiär, gehandelt hat (siehe auch *C. J. Borge* und *J. Henrichs*). Danach ist die Radesyke von Seeleuten eingeschleppt worden, von russischen Kriegsschiffen 1710 nach Stavanger, ungefähr gleichzeitig durch einen dänischen Ostindienfahrer nach Egersund; nach Hallingdal soll sie 1718 durch dänische Soldaten gekommen sein. Nach *Neumann* sei zitiert, wie sie von Vertretern der Nichtidentität mit Syphilis geschildert wurde: »Kopfschmerzen, Schmerzen der Glieder, insbesondere während der Nacht, Eruptionen an der Stirn, der Brust, an den Schultern und Armen. Affektionen des Rachens. Auftreten von mit dunkelrotem Saum begrenzten Effloreszenzen, anfangs oberflächlichere, später tiefere Geschwüre am Gesicht, von Knoten in der Haut, die unter entzündlichen Erscheinungen verschwären, zunehmende Affektion des Rachens, Verschwärung des Zäpfchens und der Mandeln, Geschwüre am Gaumen und im Pharynx, die bis an die Knochen dringen, Affektionen dieser Gebilde, weitere von einem dunkelroten Hof begrenzte, mit dicken, manchmal trockenen Krusten versehene Geschwüre an den Extremitäten, Kondylome und Wucherungen am Genitale, dem Perineum und Anus, Perforation des septum narium, Karies und Nekrose der Nasenknochen, des Stirnbeins und der Röhrenknochen, Exostosen und Tophi, die bald zu Karies führen, hochgradige Infektiosität« — alles in allem also das Bild schwerster Syphilis, nach *W. Boeck* namentlich der tubero-serpiginösen Form. Daß schon wenige Monate nach der Infektion schwere tertiäre Symptome auftreten, sieht man wohl sonst hauptsächlich in den Tropen und Subtropen. Die Radesyke hatte den Charakter einer frisch in bisher unberührte (ländliche) Bevölkerung eingeschleppten Epidemie. Es scheint, daß diese »Radesyke« erst Anfang des 18. Jahrhunderts auftrat, während die Syphilis sonst als »Franzosen« schon, jedenfalls in den Städten, bekannt war. Sicher geschah die außerordentliche Verbreitung namentlich auch extragenital, durch gemeinsame Trinkgeräte u. ä. Schon 1761 bestand in Egersund ein eigenes Krankenhaus für diese Seuche. 1769 schreibt der Stiftamtmann von Kristiansand, wenn nicht sofort Mittel dagegen gefunden würden, werde mehr als die Hälfte der Bevölkerung verderben. Ende des 18. Jahrhunderts wurden vielfach eigene Krankenhäuser dafür eingerichtet, eigene Ärzte im Lande umhergeschickt. Auch in der Hauptstadt

Digitized by Google

befand sich so ein Krankenhaus, wohin die Kranken der umliegenden Provinz geschickt werden sollten. Gerade in Kristiania hat der Chefarzt *Sundius* des Krankenhauses, in dem Syphilitiker behandelt wurden (gegründet 1755, damals wegen der scharfen Hg-Behandlung »maison de salivation« genannt), auch die Radesyken stets als Syphilitiker bezeichnet. Es wird betont, daß diese Krankheit ganze Familien befällt. Um die Jahrhundertwende breitete sich die Seuche immer mehr aus, 1807 wird ein Arzt als Oberkommissar für sie ernannt. In Flekkefjord, wohin ein besonderer Arzt kam, war der Andrang so groß, daß er nicht alle Kranken behandeln konnte, — die Kranken logierten sich in der Stadt ein, und ihre Wirtsleute bekamen die Radesyke. Zu den eigens gegründeten Krankenhäusern bestand kein Zutrauen, da die dorthin eingelieferten Kranken meist Rückfälle bekamen, oder, weil sie dort »rapide befördert wurden« (nämlich ins Jenseits), wie Pfarrer Monrad aus Naes vom Krankenhaus der Hauptstadt berichtet. Die Behandlung bestand natürlich, wo man die Krankheit für Syphilis hielt, meist in Quecksilberkuren, aber aus den von *W. Boeck* wiedergegebenen Krankengeschichten geht hervor, daß manche Fälle mit unspezifischen Mitteln, Decocten (Sarsaparilla) oder (als tertiäre Lues) mit Jodkalium behandelt wurden. In Jarlsberg findet man sie namentlich beim weiblichen Dienstpersonal: fünf weibliche auf einen männlichen Radekranken — und zwar »weil die aus der Stadt kommenden Dienstmädchen sich nach der Mode kleiden mit nackten Armen und dünnen Schuhen«, wie ein Arzt berichtet. Daß im Anfang des 19. Jahrhunderts — 1814/15 — die venerischen Krankheiten überhaupt so verbreitet waren, wird auch auf das »Nachtlaufen« (Fensterln!) geschoben, das unzulässigen Beischlaf zur Folge habe. Kein Hausvater wage, seinem Knecht dies Vergnügen zu versagen, da das Gesinde sonst wie ein Mann den Dienst verlassen würde. (Nach den 1869 und 1870 wieder abgedruckten offiziellen Medizinalberichten 1814—16.)

Allmählich verschwindet dann die Radesyke; 1854 heißt es, daß sie weiter im Abnehmen sei, von 166 im Reichshospital der Hauptstadt aufgenommenen Syphilitikern hatten nur 4 Radesyke. 1856 wird sie nur noch selten erwähnt und ist an vielen Stellen schon völlig verschwunden.

Wir können also für unsere Untersuchung feststellen, daß Norwegen am Anfang des vorigen Jahrhunderts stellenweise schon etwa 100 Jahre lang von einer offenbar immer wieder exotisch aufgefrischten Syphilis schwersten Grades, mit namentlich auch tertiären Formen heimgesucht worden war, und daß diese Seuche ihren Höhepunkt und ihre weiteste Verbreitung in den Jahrzehnten um die Jahrhundertwende, namentlich im ersten Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts, hatte.

Digitized by Google

Diese Feststellung ist sehr wichtig, da ja immer wieder von Völkern, die heute noch derartig verseucht sind, daß die Syphilis eine wesentliche Todesursache ist, das Fehlen der Paralyse behauptet wird. Vielleicht übersieht man dabei manchmal, daß zum Entstehen der doch nur bei wenigen Prozent der Syphilitiker auftretenden Paralyse die Leute zunächst einmal etwa 15 Jahre noch lebenbleiben müssen, um die Paralyse zu erleben, — je jünger die Syphilis erworben wird, desto länger die Inkubationszeit der Paralyse (*Meggendorfer, Pette, Brinkmann*). — Da sicher ein Teil der »Radesyken« früher stirbt, muß bei einer so schweren Syphilis ganz von selbst die Paralyse außerordentlich selten werden.

Nun wird also diese Radesyke allmählich im Lauf der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in Norwegen von der »domestizierten« Syphilis verdrängt, die es, wie gesagt, auch schon immer neben der Radesyke dort gab. 1868 schildert *Bidenkap* ihren Verlauf folgendermaßen: der gewöhnliche Gang der konstitutionellen (sekundären) Syphilis sei: erst Roseola, tubercula mucosa und leichte Halsaffektionen, bei unbehandelten Fällen 5—6 Monate lang, dann eine Pause von ein paar Monaten, dann papulöse und pustulöse Hauteruptionen, Iritiden, tiefere ulcera des Schlundes, bei weiterer Nichtbehandlung etwa ein Jahr lang, dann nach einer Pause Gummata in Haut und Bindegewebe und neue Eruptionen, das nächste Mal ulzerierende Gummata und so fort. Schon damals wurde diskutiert, ob die Lues nicht milder verlaufe als früher: *Lochmann* erklärt, der von verschiedenen Seiten betonte mildere Verlauf (selteneres Auftreten der schweren sekundären und tertiären Formen, Gehirnerkrankungen, Knochenleiden) sei nicht auf die Nichtverwendung von Hg zu schieben, sondern die Lues verlaufe auch in Schweden, wo Hg weiter gebraucht werde, milder. 1875 erklärt aber *W. Boeck*, in den meisten Fällen verbleibe die Syphilis nicht in milden Formen, sondern es entwickelten sich Allgemeinstörungen und ausgebreitete persistierende Exantheme und Geschwüre der Mundschleimhaut. Sie könne aber oft ohne Behandlung schwinden. Und so verläuft wohl auch heute noch die unbehandelte Syphilis (*E. Brunsgaard*). Ferner erklärt *Boeck*, apoplektiforme Anfälle mit nachfolgenden »Paralysen« (»Paralyse« wird im Norwegischen aber damals für »Lähmung« gebraucht, die Geisteskrankheit mit »genereller oder progressiver Paralyse« bezeichnet) seien eine allzuhäufige Folge der Syphilis, »namentlich wenn sie mit Hg behandelt worden sei«. Die Erkrankungen des zentralen Nervensystems könnten auch schon in einer frühen Periode auftreten, noch bevor die frühen Affektionen von Haut und Schleimhäuten sich geltend gemacht hätten, — was kein Wunder sei angesichts der Kopfschmerzen, die oft dem Ausbruch der konstitutionellen Syphilis vorausgehen.

Digitized by Google

Wichtig erscheint dann noch die Bemerkung von *Boeck*, er habe an einer Menge von Krankengeschichten bewiesen, daß Kinder oder Individuen in jungem Alter mit Syphilis in das Reichshospital gekommen seien, auch ein paarmal mit Rezidiven wiederkommen konnten, um dann endlich nach einer langen Reihe von Jahren mit Radesyke wieder zu erscheinen. Diese Kranken haben ihre frühere Krankheit nicht erwähnt, haben direkt geleugnet, früher behandelt worden zu sein. Diese Bemerkung stimmt ganz zu der von *Kraepelin* erwähnten Beobachtung von *Hirschl*, wonach 36,5% der tertiären Luetiker nichts von ihrer früheren Syphilis wußten, — nach *Hudovernig* und *Gußmann* sogar 42,3% der tertiärsyphilitischen Frauen. Es haben also viele Kranke mit tertiärer Syphilis nur scheinbar auch eine so leichte und »unbemerkte« Syphilis durchgemacht, wie sie gerade für das Auftreten der Paralyse so günstig sein soll. Trotzdem sieht man (auch in meinem Material) bei Paralysen selten tertiäre Lues. Der Schluß: Fehlen der Luesanamnese, also leichte Lues, also Paralyse, dürfte trügerisch sein. Wenn diese im Reichshospital mehrfach behandelten Luetiker später ihre Lues leugneten, so schwächt das auch die Glaubwürdigkeit der Theorie von der »unbemerkten« leichten Lues bei den Paralytikern ab.

Wir dürfen also annehmen, daß in Norwegen im ersten Drittel des vorigen Jahrhunderts die Syphilis in einer ungleich schwereren, namentlich mit schweren tertiären Erscheinungen verbundenen Form auftrat als später, daß aber die unbehandelte Lues in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts gegen die Radesyke zwar wesentlich leichter, aber sonst in gleichmäßiger Schwere auftrat, wie man sie auch heute noch an unbehandelten Kranken beobachten kann. Wieweit etwa neben dieser klinisch beobachteten Lues nun leichte, abortive Fälle, Formes frustes in mehr oder weniger hohem Prozentsatz einherliefen, entzieht sich natürlich jeder Feststellung, ist ja auch heute noch kaum feststellbar — auch die pathologischen Befunde an der Aorta und anderen Organen bei angeblichen Nichtsyphilitikern oder die positiven Reaktionen bei anscheinend Gesunden geben hierfür kein genaues Bild, da wir nicht wissen, in wieviel Fällen nun der Organismus überhaupt ohne irgend eine feststellbare Schädigung die Syphilis überwinden kann. Wenn es — wie bei der Tuberkulose — auch bei der Syphilis eine sehr große Anzahl leichter und leichtester Fälle gibt, die sich klinischer Beobachtung und statistischer Erfassung entziehen, dann darf man sich überhaupt nicht wundern, wenn es auch bei den Paralytikern eine größere Anzahl leichter oder unbemerkter Luesfälle in der Anamnese gibt.

Digitized by Google

3. Schwankungen in der Behandlung der Syphilis.

Schon im vorigen Kapitel wurde der wichtige Streitpunkt berührt, ob die Behandlung der Syphilis, namentlich mit Quecksilber, das Auftreten von Erkrankungen des Zentralnervensystems begünstige. Der mögliche Einfluß der antiluischen Behandlung auf das Entstehen der Paralyse gehörte damals wie heute zu den wichtigsten Fragen auf diesem Gebiete. Dadurch, daß die wissenschaftliche Medizin in Norwegen an der einzigen Universität des Landes, der Hauptstadt konzentriert war und ist, daß die Skandinavier mit als die ersten (*Kjelberg* 1868) auf die Verbindung von Lues und Paralyse aufmerksam machten, daß für die Behandlung der hauptstädtischen Syphilitiker nur ganz wenige Krankenhäuser in Frage kamen, und daß *Boeck* in seinen »Recherches sur la syphilis« 1862 und den »Undersökelser angaaende Syphilis« 1875 eine vollständige Liste mit genauen Daten aller von 1827—57 und 1857—70 im Reichshospital behandelten Luiker gab (die noch heute in den Protokollen des R. H. fortgeführt wird), sollten die Verhältnisse hier so günstig wie wohl überhaupt möglich, für das Studium dieser Frage liegen. Sie ist daher auch mehrfach, namentlich auch schon von *Boeck* selbst in den erwähnten Werken behandelt worden.

Im Anfang des vorigen Jahrhunderts — weiter brauchen wir nicht zurückzugehen — stand die Quecksilberbehandlung in höchster Blüte: bis zur Salivation wurde sie getrieben, bis also der Kranke deutliche Vergiftungserscheinungen bot. 1830 wurde das Jodkalium eingeführt, seitdem wurden die allzu hohen Hg-Gaben vermieden. 1852 begann *Boeck* als entschiedener Gegner des Quecksilbers mit der Syphilisatio, nach 1850 wurde bei primärer Lues in den Krankenhäusern Kristianias Quecksilber nicht mehr gebraucht. Die von *Turenne* begründete Syphilisation wurde von *Boeck* bis zu seinem Tod 1875 eifrigst als Behandlungsmethode verfochten. Von 1827—56 wurden im Reichshospital von primärer Lues 1008 Fälle mit und 597 ohne Hg behandelt. Von 1852 an war das Behandlungsprinzip: bei Lues I abwarten, bei frischer Lues II Syphilisatio, also Impfung des Kranken mit seinem eigenen Virus, mit zahlreichen Impfstellen. Von 1852 bis 1870 wurden 1075 Individuen mit Syphilisatio behandelt. Die Methode entbehrte nicht einer gewissen Popularität: ein Melancholiker (1871, J.-Nr. 59) gab an, Syphilis gehabt und sich selbst mit Syphilisatio behandelt zu haben, wovon man bei ihm noch die Narben auf Brust und Oberschenkeln sah. Außerdem begann 1856 die Derivation. Die Ableitung zur Haut wurde mit verschiedenen Mitteln erstrebt, am meisten mit Stibiatpflastern. Auch die *Boeck*sche Syphilisation ist ja nach unserer heutigen Auffassung nur eine Derivation. Viele Fälle wurden auch nur mit Lokalbehandlung oder Roborantia behandelt.

Digitized by Google

Also: 1800—1830 scharfe Quecksilberkuren, 1830—1852 Quecksilber und Jodkalium, nach 1852 möglichst unspezifische Behandlung, mit dem Ziel, die natürlichen Abwehr- und Immunisationsvorgänge zu stärken oder jedenfalls nicht zu stören und dazu möglichst kräftige Hauterscheinungen sich entwickeln zu lassen. Auch heute sind diese Vorschläge immer wieder gemacht worden z. B. von *Hauptmann*, der zur Verhütung von Tabes und Paralyse die Unterstützung der Ausbildung der Sekundärerscheinungen empfiehlt. Nach *Boecks* Tod 1875 setzte *Bidenkap* diese Arbeit fort und namentlich hat *Cäsar Boeck* 1889—1910 bei Lues I und II weder Jodkalium noch Quecksilber angewandt.

Die modernsten Anschauungen in den biologischen Luesforschungen gehen also auf die Mitte des vorigen Jahrhunderts zurück. Der Gedanke, daß durch zu frühes therapeutisches Eingreifen zwar die augenblicklichen Erscheinungen gebessert, aber das immunbiologische Geschehen gestört und die Syphiliserreger in Organe verdrängt werden, wohin die Abwehrkräfte des Organismus nicht reichen, entspricht den neuesten immunbiologischen Forschungen. Ich verweise auf die Arbeit von *Sagel*, der diese Vorgänge bei der Rekurrens deutlich gemacht hat.

Über die Nachuntersuchung der im R. H. seit 1891 unspezifisch behandelten Luiker hat E. *Bruusgaard* 1928 berichtet.

Aus den Untersuchungen von *Boeck* und *Bruusgaard* sei folgendes hervorgehoben: 1827—1856 wurden wegen Lues II in den Krankenhäusern Kristianias 2507 Kranke mit Hg behandelt, 1857—1870 nur 51 Fälle. 1870 konnte über die Nachuntersuchung von 960 Fällen berichtet werden (von den 6013 seit 1827 behandelten). Hiervon waren 807 mit Hg behandelt. Erscheinungen von seiten des Zentralnervensystems: an Lähmungen (»Paralysen«) gestorben 32, durchschnittlich 14 Jahre nach der Behandlung (offenbar verstecken sich hier viele progressive Paralysen); 41 litten noch an »Paralyse«, 14 hatten »Paralyse« gehabt, waren aber geheilt. Also im ganzen 86 Lähmungserkrankungen. Hiervon waren 80 mit Quecksilber behandelt, 4 mit Syphilisation, 1 mit Derivation, 2 mit äußeren Mitteln. Von den 807 mit Hg behandelten waren es also ca. 10%, von den ca. 150 nicht mit Hg behandelten ca. 5%. An »Paralysis generalis« (progressiver Paralyse) waren im ganzen 19 erkrankt, alle mit Hg behandelt, an Apoplexie waren 8 mit Hg Behandelte gestorben (davon 3 unter 35 Jahren alt, 1 im Alter von 44 Jahren, 4 im Alter von 50 Jahren und darüber).

Dies gibt natürlich vorläufig nur ein ganz ungenaues Bild, da ja den mit Hg behandelten Fällen noch bei weitem nicht eine genügend große Zahl von nicht damit Behandelten, lange genug beobachtet, gegenüberstand, und die Beurteilung der alten Diagnosen natürlich sehr schwer ist. Es zeigt aber, wie häufig doch damals

Digitized by Google

jedenfalls — ob wegen oder trotz des Hg, wegen oder trotz der schwereren Syphilis — Erscheinungen seitens des Zentralnervensystems waren, alles in allem auf 807 Hg-Fälle 107 größtenteils schwere und schwerste derartige Erkrankungen! *W. Boeck* selbst erklärt aber gleichzeitig, auch schon nach Syphilisation einige Fälle von genereller Paralyse gesehen zu haben. Außerdem gehören in dieses Material noch 38 Fälle »anderer Geisteskrankheiten«, unter denen sich natürlich genau wie unter den erwähnten Lähmungserkrankungen und Schlaganfällen auch progressive Paralysen befunden haben können — ich habe sie oben nicht mitgezählt.

Sandberg berichtet 1868, er müsse sich *Sternbergs* Ansicht anschließen, daß Syphilis ohne Hg-Behandlung auch Paralysis generalis hervorbringen könne. Er bringt im übrigen die sehr interessante Feststellung, daß in Norwegen das melancholische Vorläuferstadium seltener zu sein scheine als in Frankreich, aber dafür die apoplektiformen Anfälle viel häufiger, sie scheinen nicht selten das erste Symptom: bei 14 von 46 in den Jahren 1855—65 in der staatlichen Anstalt Gaustad behandelten Paralysen habe die Krankheit mit einem plötzlichen Anfall begonnen. Auch aus der Zusammenstellung der alten Krankengeschichten, die ich dann bringen werde, geht ja deutlich hervor, daß die Anfallsparalysen damals sehr häufig waren. Jedenfalls bestand nicht der geringste Grund, heute das Krankheitsbild des status paralyticus aufzustellen, wie es *Galant* tat; diese Erscheinung gehört durchaus zum klassischen Bild der Paralyse des vorigen Jahrhunderts — wird ja auch z. B. von *Strümpell* ausführlich geschildert. Man sehe nur, wieviele der alten Paralytiker meines Verzeichnisses im oder direkt nach dem Anfall sterben.

Ein ganz anderes Bild bietet die Nachuntersuchung der nicht spezifisch behandelten Luiker durch *Bruusgaard*: von 1891—1910 wurden 2181 Kranke wegen primärer und sekundärer Lues behandelt, die Nachuntersuchung 1927 zunächst abgeschlossen, nicht nur durch Erkundigungen und Einberufungen, sondern auch durch genaue Durchsicht der Krankengeschichten der in Frage kommenden Anstalten (an der wichtigsten hatte ich diese meine Arbeit schon durchgeführt und konnte mein Material zur Verfügung stellen), und trotzdem fanden sich nur 13 Paralytiker (0,60%) und 6 Tabiker (0,27%)! Sehr wichtig erscheint die Feststellung von *Bruusgaard*, daß sich in seinem Material eine Reihe von Fällen mit deutlichen meningitischen Symptomen während der Sekundärzeit finden, die nach 20—30 Jahren keine Spur von Tabes oder Paralyse zeigen. Diese Meningitiden müßten als prognostisch günstiges Zeichen aufgefaßt werden.

Wir müssen also vorläufig feststellen: in der Zeit starker und stärkster Syphilis (mit Hg-Behandlung) eine ganz wesentlich stärkere Beteiligung des Zentralnerven-

Digitized by Google

systems als jetzt ohne Behandlung bei doch wohl geringeren (wenn auch noch teilweise wohl recht schweren) Hauterscheinungen. Für diese Frage wird meine Liste der Paralytiker, bei denen bis 1831 zurück Verlauf und Behandlung der Lues festgestellt werden konnte, vielleicht noch einiges beitragen können. Auch diese Feststellungen durch die Syphilidologen *Boeck* und *Bruusgaard* sprechen also nicht dafür, daß leichte Lues für die Entstehung einer progressiven Paralyse günstig sei, da das ältere Material *Boecks* mit den vielen Erkrankungen des Nervensystems doch offenbar zum großen Teil aus der Zeit noch schwerster Syphilis stammt und auch *Bruusgaards* Paralytiker und Tabiker alle deutliche Exantheme gehabt haben.

4. Andere Faktoren, die auf die Häufigkeit der Paralyse Einfluß haben könnten.

Ganz kurz seien noch einige Faktoren erwähnt, die gelegentlich als günstig für die Entstehung der Paralyse angesehen werden.

Alkoholismus: es scheint sicher zu sein, daß in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts in Norwegen bedeutend mehr Schnaps getrunken wurde als später. Nach *Holmboe* setzte die Reaktion gegen den Branntwein 1865 ein. Als kulturhistorisches Kuriosum sei erwähnt, daß ich in einer alten Krankengeschichte die Bemerkung fand, ein Knecht sei von seinem Herrn wegen Trunksucht auf die Polizeistation zum Durchprügeln geschickt worden.

Seuchen[1]): Pocken: Gegen die Behauptung von *Daraszkiewicz*, daß Vakzination den Boden für die Paralyse bereite, habe ich auf Grund dieses Materials schon 1927 Stellung genommen. Schwerere Epidemien bestanden 1859/60, 1865—68, 1871. Die Impfung war in Norwegen nie allgemein besonders gut durchgeführt, es kam daher zur Zeit des Auftretens auch nur weniger Pockenfälle stets zu Panikimpfungen aller derer, die vorher überzeugte Impfgegner waren, und der breiten Masse überhaupt. Ich habe in meinem oben zitierten Aufsatz schon betont, daß die meisten derartigen Massenimpfungen in Zeiten fallen, wo die Syphilis stark verbreitet war, also für ein Anwachsen der Paralyse nach etwa 15 Jahren schon genügend Erklärung vorliegt. Nach *Kloumann* waren Pocken in Kristiania: 1831—33, 1838, 1848 einige Fälle, 1851—54, 1857 einige Fälle, 1859—60, 1865—68 und dauernd einzelne Fälle bis 1872 (über 10 Fälle) und weiter bis 1877 (unter 10 Fälle), dann 1880 — hier wurde etwa ein Viertel der Einwohner geimpft.

Diphtheritisepidemien: 1860—64, 1883—95, 1902—14 (über 4000 Fälle jährlich).

[1]) Nach den Tabellen in Norges officielle Statistik VI. 94, Sundhetstilstanden og Medicinelforholdene 1914. Kristiania 1917.

Digitized by Google

Typhus: herrschte bis in die 70 Jahre beträchtlich stärker, als später, mit Höhepunkt 1868 und vorher.

Choleraepidemien: 1833/34, 1849, 1853.

Malaria spielt keine Rolle.

Erysipel war in Kristiania 1853/54 sehr verbreitet.

Ich erwähne dies alles nur der Vollständigkeit halber — Schlüsse auf den Einfluß des Überstehens von Fieberkrankheiten auf das Vorkommen von Paralyse wird man kaum zu ziehen wagen.

5. Die Paralytiker seit 1848.

Zu den Krankengeschichten, die jetzt folgen sollen, seien einige Vorbemerkungen gestattet. Je älter sie sind, desto ausführlicher sind sie natürlich wiedergegeben, und desto größer ist die Gefahr der nachträglichen Fehldiagnose. Man wird aber sehen, daß die Leiter der hauptstädtischen Anstalt ausgezeichnete Ärzte waren, und aus den Krankengeschichten, bei denen wir die Diagnose progressive Paralyse noch jetzt stellen können, wird man das Zutrauen auch zu denen erhalten, bei denen zwar die Diagnose damals schon gestellt wurde, aber aus den Eintragungen nicht restlos bestätigt werden kann. Man beachte im einzelnen noch, daß Trunksucht damals stets angegeben wurde, wenn sie vorhanden war (galt sie doch viel mehr als heute als mögliche Ursache verschiedener Geisteskrankheiten). Wo also Trunksucht nicht angegeben ist, kann man schon ziemlich sicher sein, daß eine alkoholische Geistesstörung differentialdiagnostisch nicht in Frage kommt. Man beachte ferner das Alter des Kranken, — wenn in den 30er Jahren Schlaganfälle u. ä. angegeben werden, ist der Verdacht auf luetische Gehirnerkrankung ja immer sehr naheliegend. Eine genaue Differentialdiagnose zwischen Hirnlues und progressiver Paralyse wird sich manchmal nicht stellen lassen, — sollte der eine oder andere Fall als Hirnlues aufgefaßt werden, so bleibt er doch als schwere luetische Erkrankung des Zentralnervensystems vielleicht mit einigem Recht in diesem Material bestehen. Man beachte auch, wie schnell nach der Aufnahme häufig die Paralytiker starben, — kein Zeichen einer galoppierend verlaufenden Paralyse, sondern Symptom des chronischen Bettenmangels der Anstalt, weshalb die Kranken meist erst sehr spät zur Aufnahme gelangten. Daher auch die Seltenheit, mit der Remissionen beobachtet werden, und dadurch vielleicht auch die Seltenheit der einfachen dementen Form der Paralyse. Erstens können wir sie kaum aus den alten Krankengeschichten diagnostizieren, wenn sie nicht später doch noch Anfälle und ambitiöse Delirien bekommen, zweitens gelangten sie wohl auch nicht immer in die Anstalt, sondern wurden — was damals mit vielen einigermaßen harmlosen Kranken geschah, sogleich bei Bauern auf dem Lande

Digitized by Google

in Verpflegung gegeben. Man beachte, daß noch nach 1914 große Verpflegungskolonien bei Bauern bestanden, die sogar Isolationszellen zur Verfügung hatten und gebrauchten Dies möchte doch sehr berücksichtigt werden, wenn man sich mit der Frage beschäftigt, ob die dementen Formen heute häufiger seien als früher.

Zu vielen Krankengeschichten möchte man noch das eine oder andere sagen — auffällig ist, wie schon erwähnt, die außerordentliche Häufigkeit von epileptiformen Anfällen. Daß schon in den ältesten Krankengeschichten das Verhalten der Pupillen erwähnt wird, — was unsere nachträgliche Diagnose sehr unterstützt — darf nicht wundernehmen, da *Baillanger* 1850 die Ungleichheit der Pupillen als neues Symptom bei Paralyse beschrieb und selbstverständlich die Anstaltsdirektoren wissenschaftlich durchaus auf der Höhe standen, zum Teil führend waren. (Veröffentlichungen von *Sandberg* 1868, von *Winge* 1869 über Paralyse!)

Tumores cerebri dürften differentialdiagnostisch auch kaum in Frage kommen, da wohl schon sehr frühzeitig Sektionen vorgenommen wurden und ein derartiger Befund ganz unbedingt in die Krankengeschichte eingetragen worden wäre. Die erste Notiz über vorgenommene Sektionen fand ich im Jahresbericht von 1868. Der spätere Direktor *Holm* nahm, seit er als Assistent 1887 an die Anstalt kam, regelmäßig Hirnsektionen vor.

Verzeichnis der Paralytiker.

Jede Krankengeschichte beginnt mit laufender Nummer, dann Jahr und Journalnummer der Krankengeschichten der städtischen Anstalt und Anfangsbuchstaben des Namens (bei weiblichen Kranken Vorname ausgeschrieben oder Frau oder Frl.). In zwei Spalten folgen dann die Angaben über den Verlauf der Lues und die Behandlung, wobei zuerst die Quelle angegeben wird: die Registernummer von *Boeck*, sonst die von mir eingesehenen Krankengeschichten des Reichshospitals (R. H.) oder der Hautabteilung der städtischen Krankenhäuser (St. K.) Ullevaal (seit 1903) oder des alten Krankenhauses Sorgenfrigaten (1892—1903, als Dependence noch 1910—1920). In späteren Krankengeschichten stammen die Angaben auch von den Ärzten, die gelegentlich in den Krankenblättern der Anstalt noch erwähnt waren und mir liebenswürdigerweise meine Anfragen soweit möglich beantworteten, oder aus anderen Krankenhäusern. Fehlen solche Hinweise, so stammen die Angaben direkt aus den Krankengeschichten der städtischen Irrenanstalt, die also dann die Erkundigungen bei Aufnahme des Paralytikers anstellte oder die Mitteilungen schon bekommen hatte.

Allen Kollegen, die mich bei dieser mühseligen und zeitraubenden Arbeit unterstützten, sage ich auch hier meinen herzlichsten Dank, ganz besonders natürlich den Leitern der Hautabteilungen

Digitized by Google

des Reichshospitals, Prof. *Bruusgaard*, und der städtischen Krankenhäuser, Dr. *Grön*, die mich wochenlang in den alten Protokollen der Abteilungen stöbern ließen und mit ihrem Rat unterstützten.

Liste 1.

Paralysen mit sicher bekannter Behandlung der Lues.

A. Quecksilberbehandlung.

(Quecksilberkuren waren: merc. solubile Hahnemanni, cura

Krankengeschichte

1. 1851, 45. H. H. Mania. Aufnahme 6. 12. 1851, 34 Jahre alt. War starker Trinker. Im vorigen Jahre 14 Tage lang verschroben, Gesichtshalluzinationen, kein Delirium. Die letzten 14 Tage schlaflos. 1. 12. 1851 Erbrechen, Kopfschmerz, etwas Zittern im Körper, angeblich Krämpfe in den Armen, leichtes Delirium. Bei der Aufnahme erweiterte Pupillen, unzusammenhängende, verwirrte Rede, etwas undeutliches Sprechen, geht nackt, guter Appetit. 15. 1. 1852 ruhiger, hat angefangen zu arbeiten, 11. 2. ruhig, arbeitet, 29. 3. mehr indolent, deliriert, Pupillen immer noch dilatiert, Gang sicher, keine Veränderung bei der Sprache. 1. 5. »die Symptome für Paralysis generalis treten stärker hervor«, ambitiöses Delirium. 22. 8. unsauber, tierisch. 18. 11. große Erschwerung des Sprechens, rechter Arm kontrahiert, Mund schief, nach links verzogen. 19. 11. rechtes Bein paralytisch, 22. 11. auch links Paralyse. Starb 25. 11. 1852.
2. 1852, 87. P. O. H. Paralysis generalis. Aufnahme 7. 10. 1852, 36 Jahre alt. Geboren in Schweden. Ordentlich und nüchtern gewesen. Litt mehrere Jahre an Husten, Kurzatmigkeit und Mattigkeit, was in den letzten 1½ Jahren zurückging. Verschlechterung seiner ökonomischen Lage, dazu Krankheit seiner Kinder. All dies trug dazu bei, ihn zu verstimmen und niederzudrücken. Juni 1851 Stumpfsinn und Gedächtnisschwäche, konnte die einfachsten Dinge nicht mehr richtig machen, kurz darauf Sprachbeschwerden, kleine Zuckungen, Schwäche der r. Hand, später auch links und in den Beinen, schließlich ambitiöses Delir und 3 Wochen vor der Aufnahme epileptischer Schlaganfall. In der Anstalt Sprachbeschwerden, Lähmungen, etwas ambitiöses Delir, Krampfanfall und Decubitus. Starb 8. 2. 1853.
3. 1853, 3. J. F. Melancholia. Aufnahme 19. 1. 1853. Ein Großvater und ein Onkel haben Selbstmord verübt. Patient soll kurzdauernde Anfälle von Geisteskrankheit gehabt haben. Er hat alles mögliche versucht, Amerika, Schauspieler, Studium, Militär, wurde grüblerisch, schlaflos, matt, das Gedächtnis wurde geschwächt, Weihnachten 1852 apathischer Stumpfsinn, deprimiert, verdiene nicht, zu essen zu bekommen, die letzten 5 Tage so gut wie nichts gegessen, wurde am 6. 4. 1853 gebessert in Verpflegung aufs Land gegeben, kam dann für einige Zeit in eine andere Anstalt (Gaustad), war dann Kopist im Ministerium, seit 27. 1. 1859 in der Arbeitsanstalt, hatte verschiedene Anfälle von Unruhe, z. T. mit Apathie. Erneute Aufnahme 26. 6. 1860, Jno. 15, Melancholia, 43 Jahre alt. Vor 3—4 Wochen hatte die alte Stumpfsinnigkeit begonnen, wieder hervorzutreten, mit Neigung zum Liegen, begleitet von der gewöhnlichen Di-

Digitized by Google

Dzondi, sol. hydrargyri Belloste, Calomel, protojoduretum mercurii, inunctiones mercuriales, hydrarg. sulphur. nigrum, pulvis alterans, emulsio sublimati, sol. nitratis hydrargyrosi, deuterojoduretum mercurii, Zinnoberdämpfe. — Unterstützt wurden die Kuren durch die verschiedensten Mittel, namentlich die Decocte von Sarsaparilla — noch 1885 von *Bidenkap* empfohlen — und Squinae, durch Jodkalium und durch Hungerkuren, sowie durch Roborantia und Lokalbehandlung durch remedia externa — Umschläge, Pinselungen, Streupulver).

Syphilis	Behandlung
Boeck 1192: ulcera crustosa cutis pillosi, ulcera tonsill. et labii inf.	1838 25. 8.—21. 10.: cura Dzondi decoct. sarsaparillae
Boeck 1272: ulcus praeputii, roseola fere universalis.	1842 11. 9.—13. 11.: cura Dzondi decoct. sarsaparillae
Boeck 863: tubercula mucosa ad anum, rubor faucium.	1845 25. 2.—6. 6.: Calomel diaeta parca pil. ciguae dec. sarsaparillae

Digitized by Google

Krankengeschichte

gestionsstörung mit träger Verdauung. Entlassung 20. 9. 1860. Kurz darauf erneute Aufnahme am 26. 11. 1860, Jno. 27, Diagnose jetzt: Paralysis generalis; kurz nach der letzten Entlassung wurde bemerkt, daß sein Gang unsicher wurde, in der letzten Zeit fortschreitende Paralyse, zunehmender Stumpfsinn und unsicherer Gang, starb am 6. 4. 1862. Dieser Fall wird in dem Kapitel »Statistisches« erst im Jahre 1860 gezählt.

4. 1855, 11. Frau L. M. Idiotia acquisita. Aufnahme 24. 5. 1855, 42 Jahre alt. War puella publica. In der letzten Zeit trunksüchtig, seit etwa 1 Jahr Spuren von Geisteskrankheit, vor einigen Monaten wurde sie melancholisch, zerstreut, unfreundlich, schrie, fluchte, mißhandelte in der letzten Zeit ihren 80 jährigen Mann, der mit paralytischen Anfällen bettlägerig ist. 5. 9. 1855: die Sprache wird undeutlicher, Gang wackelig und unsicher. 21. 9. freßgierig. 3. 12. epileptiformer Anfall, bewußtlos, Zuckungen. Starb 4. 12. 1855.
5. 1856, 7. M. N. Mania. Aufnahme 8. 3. 1856, 39 Jahre alt. Früher starker Branntweintrinker, soll in den letzten Jahren fast ganz damit aufgehört haben. Vor etwas über 14 Tagen schlechter Schlaf, wurde still und verschlossen, machte seine Arbeit verkehrt, war unvorsichtig mit Feuer und Licht, wollte nicht mehr arbeiten. Bei der Aufnahme nicht verwirrt, kann aber beim Gespräch keinen bestimmten Gedanken festhalten. Gang etwas schleppend, Sprache beschwerlich, Gedächtnisschwäche, stumpfsinnig, etwas Schwäche und Taubheit der rechten Hand. 28. 4. ambitiöses Delir, 12. 9. Gang unsicherer, Gesichtszüge schlaffer, 19. 9. epileptiformer Anfall, starb 5. 11. 1856.
6. 1858, 16. P. J. T. Paralysis generalis. Aufnahme 10. 8. 1858, 33½ Jahre alt. Soll sehr trunksüchtig gewesen sein, kam diesen Sommer wegen Delirium tremens ins Reichshospital, erholte sich nach 8 Tagen, wurde nach einigen Wochen wieder schlaflos, delirierte, halluzinierte, war unsauber und stumpfsinnig, 8. 8. Krampfanfall. Die Pupillen sind bei der Aufnahme etwas weit, die linke etwas schief, der Gang unsicher, die Sprache lallend und erschwert, er war stumpfsinnig, beging unmotivierte Handlungen, bekam mehrere epileptiforme Krampfanfälle, wonach Verschlechterung der Sprache. Ambitiöses Delir. Starb 27. 9. 1860.
7. 1858, 17. M. A. Mania. Aufnahme 23. 8. 1858, 30½ Jahre alt. Rastlos, gehobene Stimmung, zufrieden, deliriert von großen Geschäften, die er machen will, großen Kapitalien usw. War gegen Weihnachten nach 11 jähriger glücklicher Ehe Witwer geworden, wurde sehr schwermütig; früher stets nüchtern, begann er jetzt, sich in bayrisch Bier zu betrinken. Ungefähr 6—7 Wochen vor der Aufnahme rastlos und verändert, verlobte sich mit einem Dienstmädchen. Wurde entlassen, kam aber erneut am 4. 6. 1860 wieder zur Aufnahme, Paralysis generalis, Sprachbeschwerden, dilatierte Pupillen, starb 17. 8. 1860. Seine Frau hatte 1853 Totgeburt, 1855 Abort, danach ein syphilitisches Kind.
8. 1858, 21. M. Chr. Paralysis generalis. Aufnahme 11. 11. 1858, 40 Jahre alt. Vor der Aufnahme wegen eines in Bierrausch begangenen Diebstahls verhaftet. Ambitiöses Delir, affektierte Srache, redselig, zerreißt sein Zeug. Am 19. 2. 1859 in der linken Hand krampfartige Zuckungen. 5. 3. 1860 Unruhe und Lähmungserscheinungen ungefähr unverändert, starke

Digitized by Google

Syphilis	Behandlung
Boeck 2214: ulcera lab. maj. dextr., tuberc. muc. labii maj. et ani, ulc. tonsill. dextr.	1841 15. 9.—28. 10.: cura Dzondi dec. sarsap.
ulcera labiorum vulvae	1842 2. 2.—9. 3.: Calomel
ulcus introitus vulvae	1848 13. 9.—22. 12.; remedia externa
Boeck 1015: ulcus glandis	1840 18. 11.—17. 12. magnesium sulfuricum.
Boeck 2339: ulcera ad genitalia, tuberc. muc. ad anum	1841 16. 3.—21. 5. Calomel
Boeck 3438: exanthema maculo-squamosum, ulcera labii sup.	1845 12. 2.—22. 5.: Hg, protojod. Calomel.
Boeck 268: ulcera glandis et praeputii, später fast universelle Roseola.	1850 22. 10.—1851 25. 4.: Calomel Jodkalium Zinnoberdämpfe diaeta parca sol. Hg. Belloste pil. ciguae, dec. sarsap.
Boeck 257: ulcera glandis et praeputii	1848 31. 10.—21. 12.: Calomel
ulc. glandis et praeputii	1849 5. 7.—23. 7.; magnes. sulfur.
ulcus glandis	1850 8. 11.—14. 12.: Calomel

Digitized by Google

Krankengeschichte

ambitiöse Delirien. 1861 9. 3. nachts ein epileptiformer Anfall, 10. 3. Anfall mit starken Krämpfen, ebenso 11. 3. 1862 Anfälle am 18. 1., 20. 1., 21. 1. und 22. 1., starb am 22. 1.

9. 1862, 14. Frl. M. O. Paralysis generalis. Aufnahme 15. 9. 1862, 32 Jahre alt. Früher puella publica und trunksüchtig. Vor ca. 1 Jahr wegen rechtsseitiger Hemiplegie in die Arbeitsanstalt gelegt. Im letzten Jahr nicht mehr menstruiert. Im letzten halben Jahr ab und zu epileptische Anfälle, wonach die paralytischen Symptome stets stärker hervortraten. In der Anstalt: Gang äußerst beschwerlich und wackelnd, Sprache sehr beschwerlich und lallend, unsauber, völlig stumpfsinnig, epileptiforme Anfälle mit Verschlechterung der Lähmungserscheinungen. Starb 1. 8. 1863.

10. 1862, 23. Chr. C. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 10. 1862, 40 Jahre alt. Linke Pupille erweitert. Ambitiöse Vorstellungen, beim Sprechen etwas Zittern, Zuckungen der Lippen. 1863 4. 10. andauernd ambitiöses Delir. 1865 29. 8. epileptiformer Anfall, Zuckungen in der rechten Körperhälfte, 6. 9. apathisch, Zuckungen. 1866 12. 10. vollkommen paralytisch, starb 16. 5. 1867.

11. 1864, 33. J. E. Melancholia. Aufnahme 16. 6. 1864, 45 Jahre alt. War ziemlich trunksüchtig gewesen. Kam am 19. 5. 1864 ins städtische Krankenhaus wegen kaltfieberartigen Zustandes, die Krankheit dauerte ungefähr 4 Wochen, wobei er 14 Tage lang jeden 2. Tag zur bestimmten Zeit morgens einen Anfall bekam. Ist halluziniert für Gesicht und Gehör, fühlt sich verwirrt, klagt über einen Wurm in sich, fühlt elektrische Einwirkung, hört Stimmen, die ihm sein früheres Leben vorwerfen. 17. 7. 1864: behauptet, ein Frauenzimmer und in der Nacht 18mal gebraucht worden zu sein. 25. 7. unruhig, verwirrt, schreit. 30. 7. mehr debil, behauptet, schwanger zu sein. 5. 9. ganz verwirrt. 1865 24. 3. unruhig, gewaltsam. 15. 5. »im letzten halben Jahr sind die paralytischen Symptome und ambitiösen Delirien mehr und mehr hervorgetreten«, Gang beschwerlich. Wurde 30. 4. gebessert zur Verpflegung auf dem Lande entlassen.

12. 1865, 5. H. J. E. Paralysis generalis. Aufnahme 31. 1. 1865, 47 Jahre alt. Ende 1864 nach 10jährigem Aufenthalt in Amerika wieder zurückgekehrt, kam am 1. 1. 1865 in die Arbeitsanstalt. 3—4 Wochen vor der Aufnahme verschlossen, schrieb einen verwirrten Brief mit lateinischen, griechischen und französischen Zitaten, wurde schlaflos und unruhig. Bei der Aufnahme linke Pupille erweitert. Völlig verwirrt, z. T. in ambitiöser Richtung. Hatte vor seinem Tode einen epileptiformen Anfall, starb 25. 7. 1865.

Digitized by Google

Syphilis	Behandlung
roseola trunci, papul. tonsill. sin. et linguae	1850 29. 12.—1851 19. 7.: cura Dzondi diaeta parca, pil. ciguae dec. squinae, dec. sarsap.
ulcera praeputii	1852 29. 11.—16. 12.: remedia externa.
Boeck 1206: ulcera lab. maj.	1851 16. 7.—24. 7.: remedia externa
Boeck 2834: ulc. lab. maj., später exanth. papulosum nuchae et femoris, papulae tonsillarum.	1851 9. 8.—12. 12.: Calomel, cura Dzondi sol. Hg. Belloste dec. squinae
pap. tonsill., ulcera gingivae et palati	1852 5. 1.—18. 3.: Calomel, Schmierkur
ulc. lab. min. sin.	1852 29. 3.—7. 4.: remedia externa
tub. muc. ad genitalia et anum, papul. tonsillarum	1852 15. 5.—19. 7.: cura Dzondi Hg. protojod. Jodkalium dec. squinae
Boeck 239: ulcera praeputii	1843 2. 3.—21. 3.: remedia externa
ulcus penis et bubo suppur.	1847 22. 3.—15. 5.: Calomel
Boeck 662: ulc. glandis, praeputii et ad anum, pustul. cutis pillosi, ulcera veli palatini	1854 13. 2.—27. 6.: Hg. deuterojod. Jodkalium
Boeck 335: ulcus praeputii	1848 23. 1.—24. 3.: Calomel.
Boeck 795: ulcus praeputii, später ulcera lab. infer.	1847 9. 2.—8. 8.: Calomel, cura Dzondi diaeta parca pil. ciguae, dec. sarsap.
ulcera lab. inf., papulae veli palatini	1848 15. 2.—4. 6.: Hg protojod. Jodkalium

Digitized by Google

Krankengeschichte

13. 1865, 59. Frau A. J. M. T. Idiotia acquisita. Aufnahme 30. 11. 1865, 37 Jahre alt. Hat zwei syphilitische und ein gesundes Kind. War 1865 vom 14. 4. bis 27. 7. im städtischen Krankenhaus wegen Lähmung im rechten Arm und Bein, die angeblich ohne vorhergehendes Übelsein aufgetreten war, nach einer Anmerkung in *Boecks* Register jedoch nach vorhergegangenem apoplektischen Anfall. Die Paralyse besserte sich und war am 9. 11. vollkommen geschwunden. Sie wurde dann verwirrt und halluzinierte. Am 13. 11. hatte sie dilatierte starre Pupillen. Sie wurde ungeheilt am 1. 9. 1866 zur Verpflegung auf dem Lande entlassen.

14. 1866, 14. Chr. C. M. Melancholia. Aufnahme 7. 5. 1866, 41 Jahre alt. Herbst 1865 Gedächtnisschwäche, kann sich nicht orientieren, langsames, etwas stammelndes Sprechen, labile Stimmung. Bei der Aufnahme Gang etwas unsicher, kann nur schwer knöpfen, Sprache etwas lallend und undeutlich, Gesichts- und Gehörshalluzinationen, Gedächtnisschwäche. Keine ambitiösen Vorstellungen. 31. 5. linke Pupille größer als rechte. 18. 9. Anfall mit Bewußtlosigkeit, starb 20. 9. 1866.

15. 1868, 18. Frl. H. H. Idiotia acquisita. Aufnahme 18. 4. 1868, 23 Jahre alt. Wurde als 9jähriges Mädchen von ihrem damals 15 Jahre alten Bruder angesteckt. Der Bruder hatte seine Syphilis da schon etwa 1 Jahr unbehandelt gehabt, auch Vater, Mutter und einen wenige Monate alten Bruder angesteckt, der starb. Sie hatte seit Entlassung aus dem Reichshospital 1855 (Luesbehandlung) viel Kopfschmerzen gehabt, war schwach, hatte Cardialgie. 4. 4. 1866 heftige Kopfschmerzen, stinkender Ausfluß aus der Nase, stumpfsinnig. Seit 1867 immer stärker werdende Gedächtnisschwäche. Bei der Aufnahme beide Pupillen dilatiert, reagierten träge. Appetit ungewöhnlich stark. Zunge zittert beim Herausstrecken. Stimme klanglos und heiser, Sprache ab und zu häsitierend, Gang wackelnd und unsicher. Sie ist unruhig, rastlos, verwirrt ohne Größenideen, glaubt sich aber gesund. Ab und zu Angst, man wolle sie töten. Während des Anstaltsaufenthaltes zunehmende Verblödung, Zunahme der Lähmungserscheinungen. 16. 6. 1868 unsauber, geringer Appetit, 16. 9. in letzter Zeit Sprache mehr häsitierend und stotternd, ambitiöse Delirien, glaubt, sie solle einen Priester heiraten. Entlassung ungeheilt 12. 11. 1868. Neuaufnahme 16. 4. 1870. Idiotia acquisita, unruhig, völlig idiotisch, untere Extremitäten völlig paralytisch, 23. 5. Decubitus, 11. 7. Decubitus fast geheilt, 30. 7. ruhiger geworden, 3. 10. 1870 ungeheilt entlassen.

16. 1868, 39. J. W. F. B. Paralysis generalis. Aufnahme 6. 10. 1868, 37 Jahre alt. Matrose. Die letzten 3—4 Jahre angeblich gastrische Störungen. 14 Tage vor der Aufnahme (bis dahin hatte er immer seine schwierige Matrosenarbeit mit Klettern usw. machen können) erkrankte er plötzlich an Bord mit Symptomen einer cerebro-spinalen Meningitis (Krampfanfall mit kurzdauernder Lähmung, Unruhe, Halluzinationen), wurde in Hull an Land gesetzt, von dort nach Kristiania geschickt und litt bei der Aufnahme schon an fortgeschrittener Paralysis generalis mit den charakteristischen Sprachbeschwerden, Bewegungsschwäche in den unteren Extremitäten, schlaffen, hängenden Gesichtszügen, starker Exaltation mit ambitiösen Vorstellungen sowie Halluzinationen. Die Krankheit machte furchtbar schnelle Fortschritte, aber im übrigen mit den gewöhnlichen Symptomen. 12. 10. unsauber, unruhig, Sprachbeschwerden. 25. 10.

Digitized by Google

Syphilis	Behandlung
Boeck 3472: ulcera lab. sup., exanth. papulos. trunci et femorum, ulcera faucium	1854 3. 5.—6. 7.: cura Dzondi Jodkalium dec. squinae
exanthema maculo-squamosum fere universale, ulc. tonsill.	1854 7. 12.—1855 2. 2.: sol. Hg. Belloste
Boeck 2248: ulcera praeputii, excoriat. scroti, roseola trunci, später exanthema papulo-serpiginosum	1853 17. 10.—1854 5. 7.: Hg protojod. diaeta parca pil. ciguae, dec. sarsap. Jodkalium.
Boeck 1431: ulcera labiorum, tub. muc. buccae, später papulae tonsill.	1854 25. 7.—17. 10.: Schmierkur, Hg protojod.
tub. muc. ad anum, pap. tonsill., ulcera buccae	1854 24. 11.—1855 8. 1.: Calomel
papulae veli palatini	1855 22. 3.—14. 4.: Jodkalium 1862—1866 gelegentlich Jodk.
ulcera et depressio nasi	1866 4. 4.: Jodkalium
konstitutionelle Syphilis Boeck 3895: exanthema tuberculo-crustosum nasi et articulationis pedis dextri seit 1 Jahr. Wurde geheilt entlassen.	1854 oder 1855 Hg. 1858 23. 10.—1859 14. 1.: Syphilisatio Jodkalium.

Digitized by Google

Krankengeschichte

verwirrt, tierisch, zunehmende Paralyse der unteren Extremitäten. 6. 11. stark halluziniert, zunehmende Sprachbeschwerden. Er starb am 18. 11. 1868, kaum 1½ Monate nach der Aufnahme, 2 Monate nach dem Auftreten der ersten deutlichen Symptome. Die Witwe gab an, er habe schon seit vielen Jahren ab und zu leichtes Häsitieren beim Sprechen gezeigt.

Dieser Fall wurde von P. *Winge* veröffentlicht, auch im Jahresbericht 1868 ausführlich erwähnt.

17. 1870, 22. S. B. T. Paralysis generalis. Aufnahme 3. 7. 1870, 48 Jahre alt. Früher großer Trunkenbold. Lag den ganzen Winter über zu Bett, in den letzten 2—3 Wochen ab und zu unvernünftig geredet, unsauber geworden. Bei der Aufnahme träge Pupillen, Zunge beim Herausstrecken zitternd, um Augen und Mund leichtes Muskelspiel. Gehobene Stimmung, obszöne Reden, Sprache etwas häsitierend, ambitiöse Ideen. 30. 10. Sprache beschwerlicher, gieriger Appetit. Starb 12. 3. 1871.
18. 1874, 20. S. T. L. Paralysis generalis. Aufnahme 11. 5. 1874, 47 Jahre alt. Frühjahr 1873 wunderlich mit verkehrten Handlungen, danach Besserung, vor 3 Monaten Verschlechterung. Bei der Aufnahme lallende, undeutliche Sprache, unsicherer Gang, wechselnde Stimmung, ambitiöse Ideen. Starb 24. 12. 1874.
19. 1876, 4. H. H. Idiotia acquisita. Aufnahme 28. 1. 1876, 37 Jahre alt. Im Krankenhaus 8. 10.—12. 11. 1874 wegen Hypochondrie, 4. 1.—6. 4. 1875 wegen vitium org. cerebri, war damals still und ruhig, niedergedrückt, glaubte, man wolle ihn töten, sprang aus dem 1. Stockwerk. Bei der Aufnahme träge, fast nicht reagierende Pupillen, etwas weit. Zuckungen um den Mund, Mundwinkel rechts hängend, links etwas nach oben verzogen. 26. 5. die Sprache zeigt etwas paralytische Häsitation, ambitiöse Delirien. 10. 6. Häsitation und Megalomanie werden deutlicher. Starb 9. 1. 1877.
20. 1883, 39. L. C. I. Paralysis generalis. Aufnahme 26. 11. 1883, 53 Jahre alt. Die ersten Zeichen der Erkrankung April 1883. Häsitierende Sprache, unsicherer Gang, stumpfsinnig, ambitiöses Delir. Starb 27. 2. 1885.
21. 1887, 22. O. A. J. Dementia paralytica. Aufnahme 15. 7. 1887, 28 Jahre alt. Heiratete vor etwa 7 Monaten, vor 5 Monaten Parese des rechten Beines, die sich wieder etwas besserte. Rechte Pupille etwas erweitert, Gang beschwerlich, Patellarreflexe fehlen. Vollkommen stumpfsinnig. Starb an Pneumonie 25. 9. 1887.
22. 1888, 26. Frl. S. E. E. Paralysis generalis. Aufnahme 30. 5. 1888, 35 Jahre alt. War so gut wie puella publica. Seit vorigem Sommer, vielleicht schon früher, Häsitation der Sprache und ambitiöse Vorstellungen. Schon vor 2 Jahren war sie stumpfsinnig und albern. Die Pupillen reagieren träge, Sprache stark häsitierend. Strahlend guter Stimmung, glaubt sich sehr reich. Patellarreflexe gesteigert. Starb 21. 1. 1889.

In dieser ersten Gruppe von 22 mit Hg behandelten Paralysen befinden sich 3 — Nr. 14, 15, 16 —, mit tertiärer Lues. Bei einigen Fällen ist als Behandlung Calomel angegeben. Es wurde früher innerlich gegeben. Auch wo es sich um für Lokalbehandlung mit Calomelpuder geeignete Fälle handelte, dürfte damals Calomel innerlich gegeben worden sein, Lokalbehandlung wird dagegen in verschiedenen Fällen ausdrücklich mit »remedia externa« erwähnt. —

Digitized by Google

Syphilis	Behandlung
Boeck 3481: prim. affect. const.	1856 27. 6.—15. 9.: cura Dzondi Jodkalium
papul. palat. et linguae	1857 21. 7.—19. 11.: Derivatio
Boeck 914: ulc. gland. et praeputii	1850 11. 11.—1851 27. 1.: Calomel
Garnisonkrankenhaus: Lues	1863 mehrmals behandelt, dec. sarsap. Hg. deuterojod. cura Dzondi.
Dr. S.: Lues II, wesentlich hartnäckige Iritis und phagedänischer Bubo in der Leiste.	1866 oder 1867: Quecksilber
Dr. N.: tuberc. muc. ad anum, Halsaffektion, die Symptome schwanden schnell.	1881 ab 4. 12.: Calomelpillen, Lokalbehandlung.
Primäraffekt engeblich einige Monate vorher von Dr. M. behandelt.	Später Jodkalium, Bäder, Tonica.
R. H.: acne syphilitica, tub. muc. genital. et ani, adenitis gland. ing., cephalalgia nocturna, anaemia. Später mehrere Rezidive.	1876 22. 1.—21. 4.: Sublimat

Die alten Krankengeschichten zeigen das Charakteristikum auch heutiger Anstaltskrankengeschichten, daß nämlich einem längeren, meist sehr guten Aufnahmebefund recht spärliche spätere Notizen folgen. Wenn aber nach anfänglicher anderer Diagnose von den damaligen Ärzten notiert wird: »die Symptome für Paralyse sind immer deutlicher geworden« (Fall 1, 11), so muß dies dazu berechtigen, die Diagnose Paralyse zu stellen. Die Aufnahmediagnosen

Digitized by Google

waren ja zunächst reine Zustandsbild-Diagnosen. Wenn ambitiöses Delir, Sprachbeschwerden, epileptiforme Anfälle und womöglich noch Besonderheiten der Pupillen bei Krankheiten beschrieben werden, die in verhältnismäßig jungem Alter schnell zu Tode führen, so dürfte an der Richtigkeit der Diagnose progressive Paralyse kein Zweifel sein. Das damals so schon sehr gut bekannte Bild der progressiven Paralyse stand ja auch im Vordergrunde des Interesses.

Die außerordentliche Häufigkeit der Anfälle und die Seltenheit der Remissionen habe ich schon erwähnt — aber es handelt sich hier um eine Auswahl der schwersten Paralysefälle, da nur diese sich heute aus den alten Krankengeschichten mit Sicherheit diagnostizieren lassen und da wohl auch einfache demente Formen überhaupt nicht in Anstaltspflege kamen — wegen des Bettenmangels und der bestehenden Einrichtung der Verpflegung solcher Kranker auf dem Lande.

Die Krankengeschichten geben ein erschütterndes Bild von der Schwere der Krankheit und dem grauenhaften Hinsiechen und Vertieren der Paralytiker in alter Zeit. Daß dies Leiden

Krankengeschichte

23. 1850, 20. Chr. O. M. Melancholia. Aufnahme 22. 5. 1850, 51 Jahre alt. In den letzten 4 Jahren zunehmende Unsicherheit und Sprachbeschwerden, seine Manieren erweckten den Verdacht einer Geisteskrankheit, seine ökonomische Lage wurde immer schlechter. Vor etwa 1½ Jahren mißmutig und träge geworden, noch unsicherer in Sprache und Bewegungen. Im letzten Jahr auch Krampfzuckungen im linken Arm, Schiefheit des Mundes und der Körperhaltung. Starb 14. 1. 1851.
24. 1863, 69. J. P. S. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 11. 1863, 66 Jahre alt. Sieht und hört schlecht, ziemlich starkes Zittern im ganzen Körper, Gang beschwerlich, kann das Essen nicht zum Munde führen, Mund schlaff, hängend, etwas nach links verzogen, Sprache lallend und beschwerlich, sehr verblödet, ambitiöses Delir. Starb 26. 12. 1863.
25. 1868, 24. O. P. Paralysis generalis. Aufnahme 24. 5. 1868, 56 Jahre alt. Typische Veränderungen in Sprache und Gang, rechte Pupille träger als linke, ambitiöses Delir. Ungeheilt entlassen 27. 10. 1869.
26. 1871, 37. J. v. A. J. Paralysis generalis. Aufnahme 27. 7. 1871, 45 Jahre alt. Typische Paralyse mit Größenideen, Sprachbeschwerden, epileptiformen Anfällen. Starb 6. 11. 1871.
27. 1880, 33. C. J. C. Melancholia. Aufnahme 14. 9. 1880, 35½ Jahre alt. Depressiver Beginn, dann typische Paralyse.
28. 1891, 48. Martha M. Chr. Paralysis generalis. Aufnahme 28. 11. 1891, 35 Jahre alt. 1892 ungeheilt entlassen, 1893 wieder aufgenommen, 1894 ungeheilt entlassen, 1895 28. 6. wieder aufgenommen. Unzweifelhafte Paralyse. Starb 1. 9. 1897.
29. 1896, 13. E. F. Paralysis generalis. Aufnahme 22. 3. 1896, 37 Jahre alt. 3. 5. 1896 ungeheilt entlassen.
30. 1898, 35. L. T. L. Paralysis generalis. Aufnahme 15. 7. 1898, 38 Jahre alt. Däne.

Digitized by Google

durch unsere moderne Behandlungsmethode so wesentlich gemildert wird, daß jüngere Kollegen solche Zustände kaum mehr erleben, ist wohl nicht zu teuer damit erkauft, daß wir dafür heute einigen Paralytikern das Leben als sozialen Wracks verlängert haben.

Fall 3 dürfte zu der Gruppe gehören, wo ein endogenes echtes zirkuläres Irresein (Belastung — frühere Anfälle) zunächst einmal durch die beginnende Paralyse aktiviert wird, ehe dann die organische Krankheit zum Durchbruch kommt. Sehr interessant dann Fall 11, bei dem offenbar die moderne Fiebertherapie von der Natur vergeblich versucht wurde, und bei dem die Aktivierung einer echten Schizophrenie vorzuliegen scheint. (Siehe zu diesen Fragen die Arbeiten von *Bostroem*, mir und jetzt von *Sagel*.) Fall 16 eine galoppierende Paralyse seltenster Art. Halluzinationen sind in 6 Fällen erwähnt.

Zu dieser ersten Serie gehören aber noch einige weitere Fälle, bei denen aus Angaben der Angehörigen oder Kranken selber hervorgeht, daß sie eine mit Hg behandelte Lues durchgemacht haben:

Syphilis	Behandlung
»Hat vor ziemlich vielen Jahren an Syphilis gelitten.«	»Machte eine ziemlich bedeutende Mercurkur durch.«
»Soll vor 23 Jahren Lues gehabt haben«,	»und mit Salivationskur von Brigadearzt W. behandelt worden sein.«
Gibt an, 1846 und 1855 Syphilis gehabt,	und mit Mercur behandelt worden zu sein.
Hatte Syphilis.	angeblich mit Mercur behandelt.
Soll Syphilis gehabt	und mit Mercur behandelt worden sein.
Vor 10 Jahren Syphilis.	Behandelt mit Schmierkur im Krankenhaus in Drammen.
Vor 10 Jahren Syphilis.	Mit Hg behandelt.
Vor 7—8 Jahren Lues.	Im Kopenhagener Krankenhaus mit Schmierkur behandelt.

Digitized by Google

Liste 2.

B. Unspezifische Behandlung.

Wir gehen nun zu den Fällen über, bei denen sicher festgestellt werden konnte, daß die Syphilis nicht spezifisch behandelt wurde, wo vielmehr das Behandlungsprinzip die Ableitung auf die Haut, die möglichste Steigerung der Abwehrkräfte des Körpers war. Allerdings ist in Fall 9, 11, 12, 16 auch Jodkalium gegeben worden, —

Krankengeschichte

1. 1856, 20. J. O. Paralysis generalis. Aufnahme 17. 10. 1856, 38 Jahre alt. Fing Ende Juni 1856 an, still, verschlossen, grüblerisch zu werden, ängstlich wegen der Zukunft, konnte aber arbeiten, schlief und aß gut. 3 Wochen vor der Aufnahme Zunahme der Angst, Verstimmtheit und Unruhe. Cardialgie, Zittern in den Gliedern, Müdigkeit. Der Gang wurde unsicher. Vor 8 Tagen dann ambitiöse und unzusammenhängende Reden, beschwerliche Sprache. Auf dem Penis zwei große, vier kleine Narben. Normale Pupillen, gleichgroß auf beiden Augen. Völlig stupid. 26. 2. 1857 Fortschreiten der Paralyse, Delirien über ungeheure Reichtümer. Starb 25. 2. 1860.
2. 1860, 3. Sv. C. Paralysis generalis. Aufnahme 19. 2. 1860, 39 Jahre alt. In den letzten Monaten vor der Aufnahme unverständig gesprochen und gehandelt, hielt sich für reich. Stumpfsinnig, unsicherer Gang, Sprachbeschwerden, ambitiöse Vorstellungen. Starb 10. 3. 1860.

3. 1865, 47. G. J. Idiotia acquisita. Aufnahme 18. 8. 1865, 40 Jahre alt. Alter unentwegter Trunkenbold. An den Extremitäten Merkmale der Syphilisatio. Schon den ganzen Sommer matt und wenig arbeitsfähig. Verwirrt, unruhig, debil. 15. 8. 1865 epileptiformer Anfall. 26. 8. scheint völlig gesammelt. 2. 9. stumpfsinnig, getrübtes Bewußtsein. 4. 10. blöde, 1. 6. 1866 in den letzten Tagen fleißig und ordentlich. 12. 7., 29. 7. 1866 und 3. 2., 18. 5. und 19. 5. 1867 epileptiforme Anfälle, starb 19. 5. 1867. Er war 22. 6. 1866 gebessert entlassen, aber 14. 7. 1866 schon wieder aufgenommen worden (Jnr. 18). 1860 war er laut Anmerkung in *Boecks* Register bei guter Gesundheit.
4. 1874, 14. A. H. Dementia. Aufnahme 21. 2. 1874, 54 Jahre alt. Seit längerer Zeit schon stumpfsinnig, vor über $^1/_2$ Jahr ziemlich exaltiert, hastig, eifrig. Bei der Aufnahme träge Pupillen, Sprache häsitierend und beschwerlich, nicht ordentlich akzentuiert. Gang unsicher und wackelnd. Matt und stumpfsinnig. Starb an Pneumonie 10. 5. 1878.
5. 1879, 13. J. A. Idiotia acquisita. Aufnahme 21. 4. 1879. 44 Jahre alt. Früher Trinker, aber nicht in den letzten 2 Jahren, vor 2 Monaten sonderbar, still, halluziniert, unordentlich. Bei der Aufnahme kontrahierte, schwach reagierende Pupillen, Zuckungen um den Mund, unsicherer Gang, Zittern der Hände. Sprache nicht häsitierend. Sehr stumpfsinnig. Es kam dann zu ambitiösen Delirien, epileptiformen Anfällen und Blasenlähmung. Starb 26. 8. 1880.
6. 1880, 13. J. O. Idiotia acquisita. Aufnahme 15. 4. 1880, 45 Jahre alt. Schon vor $^3/_4$ Jahren sonderbar, konnte nicht arbeiten, wunderlich. Seit

Digitized by Google

in Fall 9 erst beim Rezidiv. Strenge Verfechter des Standpunktes, die Lues ganz unbehandelt zu lassen, werden also diese Fälle auch nicht gelten lassen, auch hier könnte durch das Jodkalium eine Verdrängung der Spirochaeten aus der Blutbahn in immun-biologisch ungünstigem Zeitpunkt geschehen sein. Fall 9 hat aber auf alle Fälle einen kräftigen Schub der Lues unbehandelt durchgemacht. Es wären also eventuell 3 Jodkalium-Fälle später zu berücksichtigen.

Syphilis	Behandlung
Boeck 1118: ulcera glandis	1840 20. 9.—17. 10.: magnesium sulfuricum
R. H.: Linke Tonsille von einer tiefen, fleckigen Ulcerationsfläche mit induriertem Rand und Basis und gewulstetem Rand eingenommen. Hinter dem angul. max. sin. eine ziemlich große geschwollene Drüse zu fühlen.	1852 1. 9.: wegen Gonorrhoe behandelt.
Boeck 1857: ulcera praeput., tub. muc. scroti, pustul. cutis pillosi.	1855 3. 6.—29. 10.: Syphilisatio
Boeck 4498: ulcera et tub. muc. genitalium, exanth. papulosquamosum faciei, ulcera palati mollis et duri et anguli oris sinistri.	1867 17. 4.—20. 9.: Syphilisatio
Boeck 3728: ulc. ind. praeput. ulcera dorsi penis, tum. gl. ing. roseola.	1865 25. 11.—16. 12.: Decocte und remedia externa.
Boeck 5467: tum. gl. ing. et nuchae, tub. muc. genit. et ani	1868 30. 9.—1869 19. 1.: Syphilisatio

Digitized by Google

Krankengeschichte

1/2 Jahr stumpf und niedergedrückt, geschwächtes Gedächtnis, hinkt etwas, unsichere Sprache, Schwierigkeiten beim Aussprechen einzelner Worte. Über den ganzen Leib und die Extremitäten Merkmale der Syphilisation. 22. 9. 1880 unsauber, 28. 9. Erbrechen und Ohnmacht, starb 31. 12. 1880.

7. 1888, 17. E. L. S. Paralysis generalis. Aufnahme 9. 4. 1888, 45 Jahre alt. Schwede. Mai 1888 mehrere Anfälle mit kurzdauernden Paresen. Pupillen kontrahiert, reagieren fast nicht. Exaltierte Stimmung, ambitiöses Delir, etwas häsitierende Sprache. Häufige epileptiforme Anfälle, bevor er 12. 9. 1888 starb.
8. 1891, 41. L. C. C. Paralysis generalis. Aufnahme 23. 10. 1891, 42 Jahre alt. Vor 4 Jahren am Ellenbogen operiert, etwa 4 Wochen danach Anfall von Aphasie, die nach 4—5 Wochen zurückging. Wurde vor etwa 2 Jahren sonderbar, bekam Kopfschmerzen. Die Pupillen reagieren fast gar nicht, die Sprache ist deutlich häsitierend, Stimmung wechselnd. Starb 16. 1. 1895.
9. 1892, 25. Frl. E. B. Dementia. Aufnahme 3. 8. 1892, 49 Jahre alt. Ehemalige puella publica. Erst Selbstvorwürfe wegen ihres früheren Lebens, dann wilde Ideenflucht mit gehobener Stimmung, bald religiös, bald obszön. 26. 8. Pupillenreflexe aufgehoben. Entlassen ungeheilt 17. 7. 1896.

10. 1893, 41. A. N. Paralysis generalis. Aufnahme 11. 9. 1893, 53 Jahre alt. Schwede. Früher trunksüchtig, aber nicht in den letzten Jahren. Dauernd Kopfschmerzen in den letzten Jahren. Vor etwa 6 Wochen wie gelähmt mit der Zunge, wurde sonderbar. Bot die klassischen Symptome: ambitiöses Delir, epileptiforme Anfälle, Sprachstörung, Fehlen der Pupillenreaktion. Starb 13. 2. 1894.
11. 1894, 35. C. E. S. Paralysis generalis. Aufnahme 22. 10. 1894, 29 Jahre alt. Unsauber, verwirrt, Gedächtnisschwäche, etwas häsitierende Sprache, erhöhte Patellarreflexe. 7. 1. 1895 deutlich deprimiert. 8. 2. ambitiöse Ideen, 12. 3. epileptiformer Anfall, starb 17. 3. 1895.

12. 1895, 40. C. H. Paralysis generalis. Aufnahme 28. 12. 1895, 43 Jahre alt. Seit dem Frühjahr Kopfschmerzen, niedergedrückt, vergeßlich. Seit dem Sommer häsitierende Sprache, seit 1 Jahr schlaflos. Ist 13 Jahre lang trunksüchtig gewesen. Sprache stark häsitierend. Merkfähigkeit stark herabgesetzt. 3 Tage vor der Aufnahme Selbstmordversuch. Starb 9. 8. 1896.

Digitized by Google

Syphilis	Behandlung
R. H.: Lues I, später roseola und Gelenkschmerzen	1881 2. 8.—5. 10.: Lokalbehandlung, entwich aus dem R.-H.
R. H.: phimosis, condylom. acumin., keine spezifischen Symptome	1872 18. 10.—19. 11.: Borsäureumschläge, Spaltung der Phimose
Boeck 3906 a: tumor gland. nuchae, exanth. maculo-papulosum totius corporis, ulcera tonsillarum	1862 19. 1.—25. 7.: Derivatio
tub. muc. genital., ulcera tonsill. et ani	1862 9. 8.—1863 24. 1.: Derivatio, Jodkalium
ulcus lab. maj. dextr.	1863 5. 3.—1. 4.: remedia externa
tub. muc. genitalium	1866 22. 3.—3. 4.: remedia externa
R. H.: tub. muc. ani et scroti, tum. gland. ing., exanth. maculosum trunci, rubor tonsill. et isthmi faucium	1886 4. 6.—1. 7.: Lokalbehandlung
R. H.: ulcera mollia und Lues II? Ulcera glandis et praep., tumor gland. ing. Gonorrhoe, zweifelhafte Roseola, Kopfschmerzen	1888 21. 4.—27. 6.: Lokalbehandlung Jodkalium
Rezidiv	1888 25. 7.—25. 9.: Lokalbehandlung
tub. muc. ani, pap. linguae et labii inf.	1888 27. 11.—13. 12.: Lokalbehandlung.
R. H.: ulcus indur. praep., excoriat. gland., exanth. papulo-macul. trunci et extrem., rubor et exsud. alb. tonsill., tumor gland. ing., cerv. et cub. cephalalgia,	1884 1. 10.—1. 12.: Lokalbehandlung und Jodkalium
Reste vom Exanthem, roter geschwollener Schlund, iritis dextra.	1885 14. 3.—27. 3.: Lokalbehandlung und Jodkalium
Iritis sinistra, excor. cum exsud. alba mucosae oris	1885 21. 9.—3. 10.: Lokalbehandlung und Jodkalium

Digitized by Google

Krankengeschichte	
13. 1897, 33. G. G. Paralysis generalis. Aufnahme 28. 8. 1897, 42 Jahre alt. Vor 14 Monaten Selbstmordversuch, danach anfallsweise unruhig und unsauber. Soll früher stark getrunken haben. Die Pupillen reagieren nicht, häsitierende Sprache, aufgehobene Patellarreflexe, Rombergsches Zeichen stark positiv, Zittern der Hände, unruhig, unsauber. Starb 8. 2. 1898.	
14. 1899, 46. O. N. F. Paralysis generalis. Aufnahme 2. 6. 1899, 36 Jahre alt. Die letzten Jahre niedergedrückt, ab und zu Kopfschmerzen und Schwindelgefühl. Linke Pupille größer als rechte, Patellarreflexe aufgehoben, interesselos, niedergedrückt, guter Appetit. Juni 1899 Pupillen ganz reaktionslos, deutliche Häsitation der Sprache, Zuckungen in den Gliedern. 22. 11. halluziniert fürs Gehör, hört Vorwürfe. 17. 2. 1900 epileptiformer Anfall, 1900—1905 ab und zu Anfälle, Entlassung ungeheilt 7. 7. 1905.	
Auch diese Serie kann sogleich mit Fällen vervollständigt werden, bei denen die unspezifische Behandlung der Syphilis doch aus verschiedenen Mitteilungen und Umständen sicher zu sein scheint:	
15. 1870, 28. C. Chr. L. Paralysis generalis. Aufnahme 6. 8. 1870, 36 Jahre alt. Stark exaltierte Stimmung, Zuckungen der Gesichtsmuskeln, namentlich um den Mund, Sprache häsitierend, Schwierigkeiten beim Aussprechen längerer Worte, ambitiöses Delir. Entlassung ungeheilt 2. 9. 1870.	Erklärt, vor ca. 12 Jahren Syphilisation unter Prof. Boeck durchgemacht zu haben. An seinem Körper sieht man die Merkmale der Syphilisation.
16. 1877, 36. O. H. Paralysis generalis. Aufnahme 31. 12. 1877, 39 Jahre alt. Typische Paralyse. Starb 27. 6. 1879.	Gibt an, 1865 im Garnisonkrankenhaus wegen Syphilis mit Derivationskur und Jodkalium behandelt worden zu sein.
17. 1878, 5. H. A. B. Dementia. Aufnahme 23. 1. 1878, 34 Jahre alt. Wurde im vorigen Sommer vergeßlich, stumpfsinnig, hatte Sprachbeschwerden. 4. 2. Sprache stärker häsitierend, ambitiöse Vorstellungen. Starb 22. 8. 1878.	»Hatte vor 13 Jahren Syphilis, die mit Syphilisation behandelt wurde.«
18. 1879, 17. Cl. M. Idiotia acquisita. Aufnahme 6. 6. 1879, 58 Jahre alt. Unzweifelhafte Paralyse mit den typischen Symptomen. Ungeheilt entlassen 16. 9. 1879. Matrose.	»Hat vor 20 Jahren Syphilis gehabt.« Am Körper an den üblichen Stellen die üblichen Narben von Stibiatderivation.
19. 1879, 40. M. K. Melancholia. Aufnahme 23. 12. 1879, 33 Jahre alt. Glaubt, seine Frau sei ihm untreu, deprimiert, keine Zeichen von Paralyse. 17. 3. 1880: erzählt, daß seine Frau viel Geld habe. 27. 8. hält sich	»Vor 16 Jahren Syphilis, behandelt mit Syphilisation, von der eine Menge Narben auf Brust, Bauch und Extremitäten zu sehen sind. Hatte mehrere Rezidive.«

Digitized by Google

Spyhilis	Behandlung
R. H.: ulcera mollia, phimos. praeputii, infl. tumor gl. ing.	1883 8. 1.—14. 2.: Lokalbehandlung
R. H.: Lues I, ulc. ind. sulci retrogland., tumor ing. Cephalalgia	1885 19. 5.—17. 6.: Excisio, Lokalbehandlung

für einen ausgezeichneten Böttcher, kann Pfarrer, Doktor und alles andere werden, seine Frau gut versorgen, will nach Hause. Bedeutende Gedächtnis- und Intelligenzschwäche. Starb 7. 8. 1887.

20. 1882, 2. N. B. A. N. Paralysis generalis. Aufnahme 8. 2. 1882, 37 Jahre alt. Begann vor 1 Jahr, reizbar zu werden, die Sprache wurde häsitierend, er wurde stumpf und unsauber. Träge Pupillen. Starb nach Krampfanfall mit Zuckungen und Bewußtlosigkeit 17. 1. 1883. — Über den ganzen Körper Merkmale der Syphilisation, die nach Angabe der Frau vor 13 Jahren gemacht wurde. Sie hatte vorher 2 gesunde Kinder, dann 3 Todgeburten, 1 gesundes und 3 syphilitische Kinder.

21. 1884, 34. E. T. T. Aufnahme 2. 8. 1884, 43 Jahre alt. War Trinker. Die letzten 10 Jahre anfallsweise geisteskrank (manisch). Nach Remission zunehmende Taboparalyse, starb 3. 11. 1888. (Aus dem Jahresbericht 1888.) — Etwa 15 Jahre vor der Aufnahme Syphilisation wegen konstitutioneller Syphilis.

22. 1889, 29. J. O. K. Paralysis generalis. Aufnahme 1. 6. 1889, 51 Jahre alt. Klassische Paralyse. Starb 21. 9. 1893. — Syphilis 1874. Auf Brust und Unterleib sowie Extremitäten eine Menge Narben von der Syphilisation.

Tertiäre Lues scheint bei dieser Serie nicht vorgelegen zu haben.

Betrachtet man diese beiden Serien von 22 und 14 Fällen, bei denen die Lues wirklich klinisch beobachtet worden ist, so kann man nicht sagen, daß sie bei den meisten leicht verlaufen sei. Nur 1 Fall ist unbehandelt geblieben, 6 konnten nach 1 Monat das Krankenhaus verlassen, 5 nach 2 Monaten (bei zwei weiteren ist die Dauer unbekannt), sonst mußten von den nur einmal behandelten 3 drei Monate, 2 vier, 1 fünf, 1 sechs, 1 neun Monate in Behandlung bleiben,

Digitized by Google

und 14 mußten mehrfach, davon 1 viermal, 3 fünfmal ins Krankenhaus.

Von allen 52 Fällen der beiden vollständigen Listen hatten etwa $^2/_5$ jede Gelegenheit, Immunstoffe zu bilden, der Verlauf der Lues wurde nicht gestört. Diese 52 Fälle sprechen also nicht dafür, daß Paralytiker gerne eine leichte, unbemerkte Lues ohne Hauterscheinungen gehabt haben und daß der Eingriff in das immunbiologische Geschehen durch antiluische Behandlung wegen späterer Paralyse besonders gefährlich sei.

Trotz der Unterdrückung der Luessymptome und Rezidive durch kräftige Hg-Behandlung bei den 22 Fällen der Liste 1 haben wir bei 7 Exantheme ausgedehnter und zum Teil sehr ausgeprägter Art, und in 8 Fällen zusammen 15 Rezidive, in Liste 2, wo man bei der unspezifischen Behandlung vielleicht mehr erwarten sollte, ungefähr dieselben Verhältnisse, bei 14 Fällen 5 derartige Exantheme und bei 3 Fällen im ganzen 7 Rezidive, außerdem sehr häufig geschwürige Prozesse. Dies widerspricht durchaus den Angaben von *Fournier*, der bei 83 Paralytikern nur 8 der Zahl und Intensität nach mäßige Exantheme fand, während bei 70 nur vorübergehend einmal Roseola oder Schleimhautpapeln oder Alopezie und weiter nichts gefunden wurde, aber bei 243 schwer verlaufenen Syphiliserkrankungen keine einzige Paralyse! Ebenso können die Ergebnisse, zu denen *Mattauschek* und *Pilcz* gekommen sind, nicht leicht mit meinem Material in Einklang gebracht werden. Wenn ich später glaube feststellen zu können, daß von 161 Paralytikern Oslos vor 1900 über $^3/_5$ keine unbemerkte oder auch nur sehr leichte Lues gehabt haben können, dann kann man mit der Anschauung auch dieser beiden Verfasser, daß die Mehrzahl der Paralytiker eine ungewöhnlich leichte Paralyse gehabt haben, nicht einverstanden sein. Eine gewisse Schwierigkeit beim Vergleichen derartiger Untersuchungen liegt natürlich darin, daß die Untersucher vielleicht die Unterscheidung »ungewöhnlich leichte«, »gewöhnliche«, »schwere« Lues verschieden handhaben.

Zu diesen Fällen der ersten beiden Listen kommen noch 109 Paralysen aus derselben Zeit, bei denen nicht so genaue klinische Beobachtungen über die Lues vorliegen. Doch auch bei diesen jetzt folgenden Fällen haben wir noch bei 40 positive Angaben über durchgemachte Lues.

Liste 3.

Sonstige Paralysen.

1. 1849, 14. A. G. Melancholia. Aufnahme 15. 7. 1849, 53 Jahre alt. Vor ca. 4 Jahren mehrere apoplektische Insulte und Ohnmachtsanfälle mit Lähmung rechts, die jedoch nach einiger Zeit wieder verschwand. 1849 1. 6.: das Gedächtnis wird immer schwächer, Sprache mit Schwierigkeit und Anstrengung verbunden, Gang unsicher und wackelnd. 14. 10. starkes

Digitized by Google

Delir. 1. 4. 1851: die Paralyse schreitet mit allen Symptomen immer mehr fort, Sprache äußerst beschwerlich. 14. 4. krampfartige Zuckungen im linken Arm, starb 15. 4. 1851.

2. 1850, 33. W. F. H. Paralysis generalis. Aufnahme 22. 10. 1850, Alter nicht angegeben. Matter Blick, beschwerliche Sprache und Gang, ambitiöses Delir, Gedächtnisschwäche. Die Krankheit begann schon vor 2 Jahren, erst wurde er still, dann verwirrt mit Größenideen. Starb 14. 11. 1850.
3. 1852, 85. Leutnant K. K. R. Paralysis cum mania. Aufnahme 9. 9. 1852, 34 Jahre alt. Pupillen etwas kontrahiert, Gang unsicher, Sprache undeutlich, Gedächtnis geschwächt, ambitiöses Delir. Will niemals Lues gehabt haben. 13. 9. ruhig, verständig, Sprache leichter. 10. 11. glaubt sich General, Millionär. 14. 11. fällt mehr und mehr zusammen. Starb 19. 11. 1852.
4. 1853, 39. C. J. M. B. Dementia. Aufnahme 3. 10. 1853, 36½ Jahre alt. Ambitiöses Delir, Gehörshalluzinationen. 1854 10. 5. epileptiformer Anfall, lallende Sprache, Mund schief nach links, Gang unsicher, ambitiöses Delir. 22. 8. neuer Anfall. 1856 gieriger Appetit, ambitiöses Delir, starb im Anfall 8. 6. 1856.
5. 1855, 25. K. T. Paralysis generalis. Aufnahme 3. 11. 1855, 50 Jahre alt. Ambitiöse Vorstellungen, Sprachbeschwerden, unsicherer Gang. Starb im Anfall 11. 1. 1856.
6. 1856, 3. J. P. L. Melancholia. Aufnahme 11. 2., 61 Jahre alt. Stumpfsinnig, unsauber, Sprachbeschwerden, Pupillen starr, links Gesicht etwas verzogen, Gang unsicher, gieriger Appetit. Starb 4. 10. 1856.
7. 1857, 17. N. J. Paralysis generalis. Aufnahme 12. 11. 1857, 51 Jahre alt. Sprache schwer verständlich, ambitiöses Delir. Starb 25. 12. 1857.
8. 1858, 2. A. B. Paralysis generalis. Aufnahme 15. 2. 1858, 43½ Jahre alt. Lues geleugnet. Gang etwas unsicher, Sprache undeutlich, Schwierigkeit beim Aussprechen einzelner Worte, ambitiöse Reden, hält sich für ganz gesund. Starb 19. 12. 1858.
9. 1859, 3. Anni A. G. Dementia-paralysis generalis. Aufnahme 16. 3. 1859, 59 Jahre alt. Pupillen träge, in den letzten Jahren epileptiforme Anfälle, verblödet, stirbt im Anfall 8. 4. 1859.
10. 1859, 17. P. A. S. Paralysis generalis. Aufnahme 4. 7. 1859, 59 Jahre alt. Begann vor 2½ Jahren mit Stumpfsinn, lallender, beschwerlicher Sprache. Ambitiöses Delir, vor dem Tode epileptiformer Anfall. Starb 19. 12. 1859.
11. 1861, 21. J. K. Paralysis generalis. Aufnahme 16. 11. 1861, 43½ Jahre alt. Lallende Sprache, unsicherer Gang, ambitiöses Delir, epileptiforme Anfälle. Lues angeblich ca. 1854 behandelt. Starb 3. 8. 1862.
12. 1862, 24. A. E. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 10. 1862, 46 Jahre alt. Gedächtnis geschwächt, epileptiforme Anfälle, Sprachbeschwerden, ambitiöses Delir. Starb 18. 12. 1862.
13. 1862, 29. O. L. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 10. 1862, 33 Jahre alt. Sprache etwas häsitierend, Muskelzuckungen um den Mund, ambitiöses Delir. Gibt an, an Syphilis gelitten zu haben. 1867: Nachdem alle diese Jahre nichts zu notieren war, hat er die letzte Zeit gut gearbeitet und sich wohl befunden. Gebessert entlassen 17. 3. 1867.
14. 1862, 40. H. H. K. Paralysis generalis. Aufnahme 28. 10. 1862, 48 Jahre

Digitized by Google

alt. Angeblich vor 19 Jahren Syphilis ohne Sekundärsymptome. Labile Stimmung, Gedächtnis geschwächt, stumpfsinnig, apoplektiforme Anfälle. Starb 6. 1. 1863.

15. 1863, 38. S. Chr. K. Paralysis generalis. Aufnahme 7. 7. 1863, 60 Jahre alt. Blind, schwerhörig, beide Beine paralytisch, unsauber. Hält sich für einen großen Dichter, glaubt viele Freunde zu haben, die ihn lieben, will stets zu hochstehenden Personen reisen, soll Syphilis gehabt haben. Ungeheilt entlassen 3. 9. 1863.
16. 1863, 40. O. L. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 7. 1863, 35 Jahre alt. Sprache stotternd, ambitiöses Delir, Gang wackelnd. 1864 7. 11. gebessert entlassen. 21. 11. wieder aufgenommen, Sprache häsitierend, 1865: Sammelt Steine, die Gold und Silber enthalten; schließlich fast gelähmt, unsauber, starb 8. 11. 1867.
17. 1863, 36. A. D. Paralysis generalis. Aufnahme 23. 6. 1863, 67 Jahre alt. Kann nicht gehen, auch die Arme nicht ordentlich gebrauchen, spricht undeutlich, lallend, redet von seinen großen Reichtümern. Starb 9. 9. 1863.
18. 1863, 73. J. Z. Mania. Aufnahme 26. 12. 1863, 39 Jahre alt. Pupillen etwas kontrahiert, gehobene Stimmung, Größenwahn, epileptiforme Anfälle. Angeblich in Stockholm wegen Lues behandelt. Starb 16. 8. 1866.
19. 1864, 13. Ch. A. Paralysis generalis. Aufnahme 16. 4. 1864. In Metz geboren, kam vor 1 Jahr nach Norwegen. Ambitiöses Delir, Sprache und Gang charakteristisch verändert, starb 23. 4. 1865.
20. 1864, 49. Amalie N. Paralysis generalis. Aufnahme 10. 9. 1864, 34 Jahre alt. Häsitierende Sprache, unsicherer Gang, ambitiöse Vorstellungen, hatte begonnen ihr Geld zu verschwenden, Gedächtnisschwäche, Schwindelanfälle. Starb 6. 2. 1865.
21. 1865, 45. A. J. Paralysis generalis. Aufnahme 14. 8. 1865, 44 Jahre alt. Vor der Aufnahme mehrere Anfälle von Bewußtlosigkeit. Unsicher in Fingern und Beinen, etwas ambitiöse Ideen. Gebessert entlassen 30. 9. 1865. Neuaufnahme unter gleicher Diagnose 3. 8. 1867. Zittern der Zunge, Gang gebessert. Gebessert entlassen 7. 1. 1868.
22. 1866, 26. M. H. E. Paralysis generalis. Aufnahme 17. 8. 1866, 36 Jahre alt. Unsicherer Gang, epileptiforme Anfälle. Starb im Anfall 12. 6. 1867.
23. 1868, 31. O. K. Mania, Paralysis generalis. Aufnahme 8. 7. 1868, 42 Jahre alt. L. Pupille größer als r., träge Reaktion. Gehobene Stimmung, ambitiöses Delir, später unsicherer Gang, häsitierende Sprache, epileptiforme Anfälle. Starb 25. 5. 1869. Die Frau teilt nach seinem Tode mit, daß sie allen Anlaß zu der Annahme hat, daß er vor 5—6 Jahren Syphilis gehabt hat.
24. 1869, 6. O. A. Ö. Idiotia acquisita. Aufnahme 1. 2. 1869, 36 Jahre alt. Stumpfsinnig, Sprachbeschwerden, r. Pupille weiter als l. Zunehmende Verblödung und Sprachbeschwerden, Decubitus. Starb 17. 9. 1870.
25. 1871, 31. G. H. E. Mania. Aufnahme 27. 7. 1871, 40 Jahre alt. Geboren in Stockholm. Gibt an, vor 18 Jahren Syphilis gehabt zu haben. Typische Paralyse. Starb 18. 12. 1872.

Von jetzt ab verzichte ich bei den Fällen, bei denen die Krankengeschichte die Diagnose eindeutig bestätigt, auf Angaben aus der Krankengeschichte, um die Arbeit nicht unnötig lang werden zu lassen.

Digitized by Google

26. 1871, 48. J. V. Aufnahme 13. 9. 1871, 43 Jahre alt, starb 6. 10. 1871.
27. 1874, 8. N. I. H.
28. 1874, 34. N. H. Aufnahme 12. 8. 1874, 54 Jahre alt, starb 13. 9. 1874.
29. 1874, 36. F. T. P. Aufnahme 20. 8. 1874, 42 Jahre alt, starb 1. 11. 1874.
30. 1874, 40. T. L. Ö. Mania. Aufnahme 28. 8. 1874, 37 Jahre alt. Ambitiöses Delir, zum Schluß Blasenlähmung. Narbe am Penis, angeblich Excoriation vor 6 Jahren. Starb 15. 7. 1875.
31. 1875, 32. A. P. J. Aufnahme 6. 9. 1875, 47 Jahre alt. Starb 13. 2. 1878. Seine Frau wurde 1866 wegen Syphilis behandelt, Boeck Nr. 4478, sie hatte ulcera genitalium, tum. gl. ing., tub. muc. ani, roseola trunci, ulcera faucium, iritis oculi dextri. Behandelt mit Derivatio und Hirudines, — die 1½ Jahre alte Tochter, Boeck Nr. 3750, wurde gleichzeitig wegen ulcera angulorum oris et genae sinistrae mit Remedia externa behandelt. Nach Mitteilung des Bruders des Pat. hatte dieser damals erklärt, daß er früher Syphilis gehabt habe, aber da er zur Zeit der Erkrankung seiner Frau keine Symptome geboten habe, wurde er nicht behandelt, sondern ging wieder zur See.
32. 1876, 35. P. J. Däne, kam vor 3 Jahren nach Norwegen.
33. 1878, 23. H. P. Aufnahme 23. 9. 1878, 40 Jahre alt. Starb 10. 8. 1879.
34. 1878, 24. O. P. Chr. Aufnahme 30. 9. 1878, 41 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 30. 4. 1879.
35. 1879, 23. Maria J. O. Idiotia acquisita. Aufnahme 11. 8. 1879, 39 Jahre alt. Wurde vor 1 Jahr stumpfsinnig, verlor das Gedächtnis, jetzt Sprachbeschwerden, unsicherer Gang. Nach Angabe des Mannes vor 13 Jahren verheiratet, 1 Jahr darauf bekam der Mann Syphilis. Ungeheilt entlassen 22. 8. 1879.
36. 1881, 13. R. A. J. Idiotia acquisita. Aufnahme 26. 4. 1881, 39 Jahre alt. Starb 14. 3. 1882. Nach der Krankengeschichte sichere progressive Paralyse.
37. 1881, 18. G. N. Dementia. Aufnahme 8. 6. 1881, 28 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 11. 5. 1883. Nach der Krankengeschichte sichere progressive Paralyse.
38. 1882, 3. Sophie M. L. Idiotia acquisita. Aufnahme 8. 3. 1882, 35 Jahre alt. Starb 6. 2. 1883. Nach der Krankengeschichte sichere progressive Paralyse. Hatte sieben Kinder, die entweder totgeboren waren oder gleich nach der Geburt starben. Glaubt, daß ihr Mann sie mit Syphilis angesteckt hat.
39. 1883, 6. A. N. H. Dementia. Aufnahme 27. 2. 1883, 38 Jahre alt. Nach der Krankengeschichte sichere progressive Paralyse. Gibt an, Syphilis II gehabt zu haben, und zwar Halsaffektion und rote Flecken auf der Haut und von Prof. W. Boeck behandelt worden zu sein. Starb 3. 4. 1884.
40. 1883. I. E. Idiotia acquisita. 33 Jahre alt. Handwerksbursche. 1883 und 1884 eine Zeitlang in der Anstalt, ungebessert zur Verpflegung auf dem Lande entlassen, wurde unruhig, Neuaufnahme 7. 4. 1885, jetzt allgemeine paralytische Erscheinungen, die sich allmählich verschlechtern. Starb 13. 10. 1885. (Aus dem Jahresbericht 1885.)
41. 1884, 30. J. P. Dementia. Aufnahme 30. 6. 1884, 48 Jahre alt. Starb 9. 12. 1884. Nach der Krankengeschichte sichere progressive Paralyse.
42. 1884, 37. Frl. P. L. Dementia. Aufnahme 11. 8. 1884, 40 Jahre alt. Seit mehreren Jahren krank. Es entwickelte sich deutliche Paralyse mit Größen-

Digitized by Google

wahn und appoplektiformen Anfällen, Pupillendifferenz. Starb 29. 7. 1887. (Aus dem Jahresbericht 1887.)

43. 1884, 47. E. H. L. Dementia paralytica. Aufnahme 15. 11. 1884, 36 Jahre alt. Starb 5. 12. 1885. Angeblich vor 10—11 Jahren wegen Syphilis in Trondhjem behandelt.

44. 1885, 8. C. E. N. Mania. Unehelich geboren. Klempner. Der angebliche Vater starb an Paralyse. Aufnahme 4. 3. 1885. Starb 26. 8. 1887. Pat. hatte vor 4—5 Jahren Syphilis. Größenideen, dazwischen Depressionen, bald eintretende Demenz, wird tierisch, häufiges Zähneknirschen, schließlich Lähmung beider Beine. (Aus dem Jahresbericht 1887.)

45. 1885, 38. K. J. B. Aufnahme 16. 10. 1885, 46 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 31. 12. 1885. Neuaufnahme 6. 1. 1886. Starb 16. 1. 1886. Hatte 1872 Syphilis gehabt.

46. 1886, 19. K. K. O. K. Aufnahme 27. 5. 1886, 50 Jahre alt, starb 1. 12. 1886. Stammte aus Bergen. Die Frau teilt mit, daß er vor 11 Jahren Syphilis in Stettin mit secundaria hatte und sie ansteckte, er wurde an verschiedenen Orten im Auslande behandelt.

47. 1886, 21. J. J. Dementia. Aufnahme 12. 6. 1886, 55 Jahre alt. Starb 11. 3. 1888. Syphilis vor 10, wahrscheinlich vor noch mehr Jahren. Nach der Krankengeschichte sichere Paralyse.

48. 1888, 4. Gunhild O. Chr. Aufnahme 23. 1. 1888, 38 Jahre alt. Starb 29. 7. 1889. Als 16jährige mit Syphilis angesteckt, hatte viele Rezidive.

49. 1888, 23. C. H. Aufnahme 16. 5. 1888, 51 Jahre alt. Starb 19. 5. 1888. Schon seit 2 Jahren Paralyse, vor vielen Jahren Syphilis.

50. 1888, 52. J. A. A. Aufnahme 24. 10. 1888, 31 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 18. 1. 1889. Syphilis vor 13 Jahren in Kopenhagen.

51. 1888, 60. Frau K. O. Melancholia. Aufnahme 29. 12. 1888, 55 Jahre alt. Selbstmordversuch. Ab und zu besserer Stimmung. Allmählich eintretende Demenz. Ende 1892 Ohnmachtsanfälle, die 1893 häufiger werden. Patellarreflexe jetzt aufgehoben. Pupillen reagieren nicht mehr auf Lichteinfall. Zuletzt unsauber, konnte nicht mehr stehen. Starb 27. 8. 1893. (Aus dem Jahresbericht 1893.)

60. 1889, 1. H. A. Aufnahme 13. 1. 1889, 37 Jahre alt, starb 25. 10. 1889. Hat früher Syphilis gehabt mit mehreren Rezidiven.

61. 1889, 17. Chr. M. H. Aufnahme 9. 4. 1889, 55 Jahre alt, starb 16. 8. 1890. Gab an, vor 20 Jahren Syphilis gehabt zu haben, wurde im Hals und am Anus gepinselt. Aus dem Jahresbericht 1890: Bei der Aufnahme schon deutliche Tabessymptome. Während des Aufenthaltes in der Anstalt wurde folgende Diagnose gestellt: Paralysis generalis mit Tabes, focus im lobus paracentralis sinister, namentlich in seiner medialen corticalis, sekundäre Degeneration der entsprechenden Pyramidenbahn. Sklerose ohne Atrophie des Ganglion habenulae mit etwas Sklerose der Leitungsbahnen für den Pupillenreflex zu den nervi oculomotorii und schließlich Sklerose des dorsalen Vaguskerns. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Gyri, Mesencephalon, medulla oblongata und Rückenmark wurde die Richtigkeit der Diagnose vollauf bestätigt.

62. 1889, 18. E. O. Aufnahme 10. 4. 1889, 48 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 8. 5. 1889. Der Pat. war wieder unter der Diagnose Paralysis generalis vom 18. 6. bis 15. 7. 1890 in der Anstalt, wurde wieder ungeheilt entlassen.

Digitized by Google

Seine Frau teilt 1889 mit, daß er sie vor 9 Jahren mit Syphilis ansteckte, aber damals und später keine äußeren Zeichen von Syphilis hatte.

63. 1889, 41. H. H. Aufnahme 10. 8. 1889, 42 Jahre alt, starb 29. 6. 1891. Hat Syphilis gehabt.

64. 1890, 18. I. H. B. Aufnahme 18. 3. 1890, 44 Jahre alt. Starb 15. 1. 1893. Mehrfach wegen Syphilis behandelt. Die Anfangsdiagnose Mania wurde später in Paralysis generalis verändert.

65. 1890, 22. Fr. O. I. Melancholia. Aufnahme 30. 4. 1890. Starb 31. 5. 1890. Mehrere epileptiforme Anfälle, dement, zähneknirschend, l. Pupille größer als r., Analgesie in den unteren Extremitäten, Steifigkeit im Rücken, Nacken und Armen, die etwas kontrahiert sind. Bei der Sektion wurden die für Paralyse charakteristischen Veränderungen in fast allen Gyri nachgewiesen. (Aus dem Jahresbericht 1890.)

66. 1890, 31. J. M. J. Aufnahme 21. 7. 1890, 44 Jahre alt, starb 8. 6. 1895. War Trinker.

67. 1890, 40. O. M. Aufnahme 30. 9. 1890, 46 Jahre alt. Starb 18. 10. 1890. War vorher schon zweimal in der Anstalt, letzte Entlassung 23. 5. 1890. Hatte jetzt zweimal Anfälle mit Lähmungen sowie Größenwahn. (Aus dem Jahresbericht 1890.)

68. 1891, 25. J. A. H. Aufnahme 15. 7. 1891, 41 Jahre alt. Geboren in Schweden. Starb 18. 12. 1895.

69. 1891, 33. Anna F. A. K. Aufnahme 10. 9. 1891, 34 Jahre alt. Entlassen ungeheilt 29. 6. 1892. Wurde 24 Jahre alt von ihrem Verlobten, der sie dann sitzen ließ, mit Syphilis angesteckt.

70. 1891, 42. O. M. Aufnahme 2. 11. 1891, 43 Jahre alt. Starb 19. 1. 1892.

71. 1892, 36. H. T. D. Aufnahme 18. 10. 1892, 56 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 27. 4. 1893.

72. 1893, 4. Olava S. H. Aufnahme 19. 1. 1893, 43 Jahre alt.

73. 1893, 11. Inga C. L. H. Aufnahme 16. 2. 1893, 39 Jahre alt. Starb 7. 5. 1895. Ein Kind von ihr soll wegen Syphilis im R. H. behandelt und dort gestorben sein. Sie war schon 1892 vom 23. 3.—19. 9. wegen Mania in der Anstalt, damals ohne Symptome für Paralyse. War gebessert entlassen worden. Jetzt Diagnose: Paralysis generalis, was sich aus der Krankengeschichte eindeutig auch ergibt.

74. 1893, 33. F. O. N. Aufnahme 18. 2. 1893, 39 Jahre alt. Starb 11. 9. 1893, hatte Syphilis.

75. 1894, 22. W. R. Aufnahme 22. 6. 1894, 36 Jahre alt. Starb 3. 6. 1895. Gab an, am Präputium ein Geschwür vor 16 Jahren gehabt und sich selbst behandelt zu haben. Trank.

76. 1894, 30. C. E. S. Aufnahme 4. 8. 1894, 36 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 20. 10. 1894. Schwede, Syphilis 1876 in Schweden.

77. 1894, 39. B. O. B. Aufnahme 10. 11. 1894, 37 Jahre alt. Starb 27. 11. 1898. Syphilis vor 12—16 Jahren.

78. 1895, 13. A. G. B. Aufnahme 26. 6. 1895, 40 Jahre alt. Starb 14. 11. 1896. Primäre Syphilis von Dr. M. behandelt.

79. 1895, 14. P. O. O. Aufnahme 8. 6. 1895, 40 Jahre alt. Starb 29. 8. 1895. Angeblich Syphilis vor 20 Jahren.

80. 1895, 18. Fr. M. N. Aufnahme 28. 6. 1895, 36 Jahre alt. Starb 1. 9. 1897. (Erwähnt im Jahresbericht 1897.)

Digitized by Google

81. 1895, 20. I. H. Aufnahme 12. 7. 1895, 30 Jahre alt. Starb 2. 8. 1897. (Erwähnt im Jahresbericht 1897.)
82. 1895, 31. A. H. Aufnahme 25. 10. 1895, 40 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 14. 2. 1900. Hat Syphilis gehabt.
83. 1895, 32. J. E. S. Aufnahme 9. 11. 1895, 52 Jahre alt. Starb 19. 11. 1895.
84. 1895, 39. C. C. R. Aufnahme 21. 12. 1895, 41 Jahre alt. Hatte nach Mitteilung des Bruders Syphilis gehabt.
85. 1896, 3. K. L. Aufnahme 11. 1. 1896, 49 Jahre alt. Starb 1. 11. 1897.
86. 1896, 6. A. E. A. Aufnahme 30. 1. 1896, 46 Jahre alt. Hatte Syphilis I in London.
87. 1896, 18. A. J. Aufnahme 24. 4. 1896, 45 Jahre alt. Starb 5. 5. 1896. Däne.
88. 1896, 19. O. K. Aufnahme 4. 5. 1896, 36 Jahre alt. Starb 15. 10. 1896.
89. 1896, 24. T. A. T. Aufnahme 6. 6. 1896, 39 Jahre alt. Starb 2. 8. 1898. Syphilis vor der Ehe.
90. 1896, 25. A. M. S. Aufnahme 9. 6. 1896, 41 Jahre alt. Starb 9. 2. 1900. Nach Mitteilung der Frau 1882 Syphilis.
91. 1896, 28. Ellen I. Aufnahme 8. 7. 1896, 33 Jahre alt. Starb 30. 9. 1897.
92. 1896, 29. Arena J. M. Aufnahme 10. 7. 1896, 26 Jahre alt. Starb 14. 7. 1898. Mehrmals wegen Syphilis im städtischen Krankenhaus behandelt.
93. 1896, 44. J. B. J. Aufnahme 22. 9. 1896, 39 Jahre alt. Starb 18.-4. 1900.
94. 1896, 46. O. T. M. Aufnahme 28. 9. 1896, 44 Jahre alt. Starb 28. 11. 1896.
95. 1896, 50. H. T. Aufnahme 6. 10. 1896, 41 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 13. 10. 1896. Syphilis 1875.
96. 1897, 6. H. O. H. Aufnahme 17. 2. 1897, 37 Jahre alt. Starb 10. 5. 1898. Syphilis 1878.
97. 1897, 53. C. P. B. Aufnahme 10. 12. 1897, 63 Jahre alt. War schon 1885 5. 9. bis 1886 25. 5. in der Anstalt wegen Mania, mit ambitiösen Ideen, aber sonst ohne Symptome für Paralyse. War nach der Entlassung gesund. Bekam aber unkoordinierte Bewegungen von Kopf und Extremitäten, wurde unruhig, und bei der Aufnahme 1897 waren die paralytischen Sprach- und Gangstörungen sowie Größenwahn vorhanden. Diagnose jetzt Paralysis generalis.
98. 1898, 4. Nicoline H. E. Aufnahme 10. 1. 1898, 53 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 22. 6. 1899.
99. 1898, 17. A. O. M. Aufnahme 23. 4. 1898, 46 Jahre alt. Starb 23. 10. 1898. Trank.
100. 1898, 45. J. H. Aufnahme 26. 8. 1898, 43 Jahre alt. Entlassen ungeheilt 2. 7. 1902.
101. 1898, 51. A. H. Aufnahme 8. 10. 1898, 45 Jahre alt. Starb 7. 9. 1899.
102. 1899, 2. Julie K. Aufnahme 4. 1. 1899, 34 Jahre alt. Starb 1900. War schon 1898 vom 24. 5. bis 7. 11. wegen Amentia in der Anstalt. Die progressive Paralyse begann 1898. (Aus dem Jahresbericht 1900.) Sie ist die Ehefrau von Nr. 105.
103. 1899, 10. A. O. Aufnahme 4. 2. 1899, 52 Jahre alt. Starb 22. 4. 1899.
104. 1899, 13. Mala S. Aufnahme 7. 2. 1899, 46 Jahre alt. Starb 7. 6. 1899.
105. 1899, 38. A. K. Aufnahme 24. 4. 99, 42 Jahre alt. Ehemann von Nr. 102. Heiratete 1884. Hatte vor der Ehe Syphilis, angeblich keinen Ausschlag, aber Halsschmerzen.
106. 1899, 50. Amalie A. Aufnahme 8. 6. 1899, 53 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 7. 7. 1899. Schwedin.

Digitized by Google

107. 1899, 83. Ellen J. Aufnahme 25. 8. 1899, 51 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 7. 9. 1899. Schwedin.
108. 1899, 94. J. H. Aufnahme 10. 3. 1899, 44 Jahre alt. War schon 1897 vom 6. 2.—13. 7. unter der Diagnose Insania in der Anstalt.
109. 1899, 101. Oline M. T. Aufnahme 20. 11. 1899, 46 Jahre alt. Ungeheilt entlassen 1900. War schon 1899 vom 9. 2.—8. 8. unter der Diagnose Amentia in der Anstalt.

Von diesen 109 Paralytikern liegen bei nicht weniger als 40 positive Angaben über durchgemachte Syphilis vor. Man darf wohl bei solchen Angaben der Angehörigen oder der Kranken selbst meist annehmen, daß es sich nicht um eine besonders leichte, sondern um eine durchschnittlich schwere Syphilis gehandelt hat, die z. T. sicher auch kräftige Erscheinungen gemacht hat und auch längere Behandlung nötig hatte. Bei der Indolenz der Menschen, denen damals ja auch noch nicht Aufklärung und hygienische Belehrung wie heute geboten wurde, ist diese Annahme durchaus berechtigt. Man beachte auch, daß von den ersten 37 Fällen nur 9, von den folgenden 59 Fällen 1882/97 jedoch 30, dann bei den letzten 12 Fällen nur eine positive Luesanamnese bestanden. — Es kam eben nur darauf an, ob richtig gefragt wurde, dann hatten die Paralytiker schon ihre Lues gehabt. *Berner* bemerkt 1881 sogar ausdrücklich, Syphilis sei in den letzten Jahren, da man mehr darauf achtete, nur noch ausnahmsweise nicht genannt worden. Es konnte also keine Rede von »unbemerkter« Lues sein.

Zusammen mit den ersten beiden Listen, 30 und 22 Fälle, haben wir also 92 Paralytiker mit sicherer Lues, gegen nur 69, bei denen die Luesanamnese negativ war. Daß von diesen 69 ein Teil auch eine deutliche Lues gehabt hat, dürfte sicher sein. In über $^3/_5$ der Paralyseerkrankungen vor 1900 können wir daher mit Recht sagen, daß die Lues nicht nur nicht unbemerkt oder sehr leicht, sondern deutlich und größtenteils sogar sehr merkbar verlief und, soweit die klinischen Angaben festzustellen waren, oft mit kräftigen und langdauernden Sekundärerscheinungen, auch an der Haut.

Der Nachweis, daß Paralyse nicht besonders oft nach leichter, unbemerkter Lues auftritt, und daß kräftiges »Sichaustobenlassen« der Lues nicht vor Paralyse schützt, dürfte damit an europäischem Material nochmals geführt sein.

Damit wird aber den Anschauungen der Boden entzogen, die (soweit es nicht nur an klinischen, internierten Fällen geschieht), das infektiöse Stadium der Lues zur besseren Ausbildung der natürlichen Immunität und zur Verhütung späterer Tabes und Paralyse ungestört verlaufen lassen wollen. Die Beschränkung der infektiösen Perioden auf ein zeitliches Minimum ist

Digitized by Google

die beste Maßnahme gegen die Verbreitung der Syphilis, und dadurch wird das Entstehen der Paralyse sicherer verhütet.

Sehr interessant wäre die Feststellung, ob nicht die Lues überhaupt zu $^2/_5$ der Fälle recht leicht und unbemerkt verläuft, was sie nach Meinung führender Syphilidologen ja jedenfalls nicht selten tut. Wieviel stumme Infektionen gibt es hier, wieviel abortive Fälle? Auch bei der Tuberkulose ist man ja erst allmählich darauf gekommen, daß eine sehr große Anzahl von Erkrankungen ärztlich so gut wie kaum beobachtet wird. Nehmen wir das bei der Lues auch an, dann fällt der ganze Streit um leichte oder schwere Lues bei Paralytikern überhaupt fort. — In meinem Material wäre dann die Lues in ihren Schattierungen genau so vertreten, wie in der Bevölkerung überhaupt. Nach den Ergebnissen der Deutsch-Russischen Syphilisexpedition 1928 waren bei den primitiven Volksstämmen der Burjato-Mongolischen Republik 50% der Fälle nur serologisch erfaßbar mit fast fehlenden Hauterscheinungen, unter 430 Luesfällen waren 33 Fälle von Metalues, von denen 29 unbehandelt waren (*Behringer*, Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 8. 5. 29.)

Diese Listen sind aber noch nicht vollständig. Es gibt nicht wenige Krankengeschichten, bei denen man mit großer Wahrscheinlichkeit eine progressive Paralyse vermuten kann, ohne wagen zu können, sie in den ersten Listen zu führen. Namentlich die dementen Formen machen hier natürlich große Schwierigkeiten.

Liste 4.

Zweifelhafte Fälle.

1. 1849, 21. M. L. Melancholia. Aufnahme 21. 12. 1849. War vom 23. 7. bis 17. 10. 1848 wegen Manie schon in der Anstalt, damals 43 Jahre alt. Mutter an Apoplexie gestorben, nachdem sie 5 Jahre lang geisteskrank war, eine Schwester war geisteskrank, ist jetzt geheilt. Fing Ende Juli 1849 an, still, verschlossen und grüblerisch zu werden, bekam im Oktober Gehörstäuschungen, glaubte sich von bösen Geistern besessen und verfolgt. Der Zustand besserte sich, er befand sich 1. 6. 1850 vollkommen wohl, 1. 8. 1850 apoplektiformer Anfall mit Krämpfen, starb am folgenden Tage. Boeck 853: ulc. glandis et praep. 1834 23. 7.—12. 8. Hg. solub. Hahnemanni, Boeck 2008: ulc. scroti, ad anum, linguae, 1835 24. 7.—29. 8. cura Dzondi, dec. squinae.
2. 1852, 63. Agnethe M. C. Idiotia acquisita. Aufnahme 20. 4. 1852, 48 Jahre alt. Etwas unsicherer Gang, Gedächtnis sehr geschwächt, epileptiforme Anfälle. Beginn der Erkrankung vor 5 Jahren mit Stumpfsinn, Albernheit, Unruhe. Körperlich und geistig gebessert entlassen am 8. 7. 1852.
3. 1853, 14. O. H. Paralysis cum dementia. Aufnahme 15. 4. 1853, 48 Jahre alt. Soll lange Zeit trunksüchtig gewesen sein. Im letzten Jahre unsicherer, etwas wackelnder Gang. Vor 7 Wochen Verwirrung ähnlich

Digitized by Google

einem Delirium tremens. Bei der Aufnahme Zuckungen an Augen und Mundwinkeln, etwas Tremor von Kopf und Händen. Unruhig, halluziniert, spricht unzusammenhängend. Ängstlich, Kopfschmerzen, guter Appetit. Druckempfindlichkeit über den vier untersten proc. spinos. vertebr. dorsi. Beine halb paralytisch, unsauber. 27. 4. vernünftiger. 1. 5. kann etwas besser gehen. Angst, daß man ihm etwas tun will. 12. 5. die Paralyse schreitet fort, verwirrter. Starb 25. 5. 1853. Einer von den vielen Lähmungsfällen, wie sie *Boeck* nach Hg-Behandlung anführte: Boeck 1109: ulc. crust. brachium, 1831 21. 9.—1832 31. 3. cura Dzondi, dec. squinae, — ulcera crust. brach. dextr. 1832 19. 5.—8. 8. remedia externa, — ulc. crust. et serpigin. antibrachiorum, 1833 8. 1.—4. 6. cura Dzondi, dec. sarsap. Will man den Fall als progressive Paralyse auffassen, so hätten wir den 4. Fall von mit Quecksilber behandelter Lues mit tertiären Erscheinungen.

4. 1853, 21. cand. jur. H. Chr. H. Melancholia. Aufnahme 20. 5. 1853, 36½ Jahre alt, Gang etwas wackelnd, Gedächtnis in hohem Grade geschwächt. Hatte 1837/38 Lues. Die Krankengeschichte sagt zu wenig. Ungeheilt entlassen 16. 8. 1853.
5. 1853, 37. F. W. Z. Mania. Aufnahme 15. 9. 1853, 31 Jahre alt. Glaubt sich im Besitz ungeheurer Reichtümer, halluziniert. 6. 10. ruhig, verständig, fleißig. 8. 10. ab und zu etwas ambitiöses Delir. 5. 11. unverständiger, doch ruhig und fleißig. Geheilt entlassen 11. 2. 1854. Lues angeblich vor 5 Jahren, gebrauchte Mercur.
6. 1853, 49. W. K. Paralysis generalis. Aufnahme 6. 12. 1853, 52 Jahre alt. Starb 17. 6. 1854. Vor langer Zeit konstitutionelle Syphilis. Die Geisteskrankheit hat seit mehreren Jahren bestanden. Sprache sehr beschwerlich, kann nicht gehen, unsauber in höchstem Grade, Decubitus, stumpfsinnig. Die Zunge zittert, weicht nach rechts ab. Idiotischer Ausdruck. Die Pupillen sind normal groß, beweglich, das Auge verträgt Licht, das direkt daruntergestellt wird. — Hier ist die Annahme einer progressiven Paralyse, die ja auch damals diagnostiziert wurde, doch sehr naheliegend, — der Pupillenbefund scheint nicht ganz klar.
7. 1854, 32. Frau C. H. J. Melancholia. Begann vor 1½ Jahren mit Niedergedrücktheit, Sorgen über die Zukunft, dazu Angst, daß man ihr etwas Böses tun wolle. Kardialgie, Schlaflosigkeit. In der Anstalt ängstlich, hält sich in einer Ecke, meint, daß man sie schlagen will. Gebessert entlassen 6. 7. 1855. Kam dann 1859 in ein Altersheim. Zeigte sich stets fahrig und unbeständig, mit vielen Einfällen, vertrug keinen Widerspruch, war ziemlich heftig. Neuaufnahme 1861, 26. 6. im Alter von 61 Jahren, Diagnose jetzt Paralysis generalis. War seit 3 Wochen unruhig, namentlich nachts, mit ambitiösen Delirien. In der Anstalt Größenwahn, unsicherer Gang, die Sprache wurde lallend, sie wurde gewalttätig, zerriß ihr Zeug, starb unter fortschreitender Paralyse am 25. 10. 1861. Nur das Alter der Kranken verhinderte, sie in die Liste der sicheren progressiven Paralysen zu nehmen. Boeck 1581: excor. mamillae dextrae, roseola, 1834 8. 1.—7. 3. cura Dzondi, dec. squinae.
8. 1862, 1. Johanne Marie N. Paralysis generalis. Aufnahme 4. 2. 1862, 69 Jahre alt. Unsicherer, wackelnder Gang, linkes Bein schwächer als r. Mundwinkel hängen. Etwas niedergedrückt. Der Appetit nimmt zu reinster Gier zu. 1. 3. mehrere Anfälle von Ohnmacht, Beine ganz ge-

Digitized by Google

lähmt, Sprache mehr lallend und unverständlich. 9. 3. die Lähmung ist linksseitig. Starb 8. 7. 1862. War Hebamme. Nach Mitteilung von Dr. *Bidenkap* (R. H.) tertiäres Geschwür an der Hand, papulöser Ausschlag an der Stirn, Behandlung mit Syphilisation, die Inokulationen schlugen aber nicht an, wie sie sollten. Doch schwanden die syphilitischen Erscheinungen. Kurz nach Weihnachten (offenbar 1861/62) sprengende und reißende Schmerzen im Kopf, namentlich nachts, auf Jodkalium gebessert.

Nimmt man den Fall, wie damals diagnostiziert, trotz des hohen Alters als progressive Paralyse, so hätten wir hier einen Fall tertiärer Lues bei nur mit Syphilisatio behandelter Syphilis.

9. 1863, 6. Frl. Chr. C. Paralysis generalis. Aufnahme 29. 1. 1863, 36 Jahre alt. Früher puella publica. Seit einigen Monaten mehr als gewöhnlich reizbar, unzufrieden, klagend. Ist fett, blind, taub, kann nicht allein gehen. Armbewegungen frei. Unruhig, reißt sich die Kleider vom Leib. Spricht ohne Schwierigkeiten, kann sich aber nicht verständlich machen. 26. 3. sinkt mehr und mehr zusammen, die Paralyse in den Beinen scheint zuzunehmen. 6. 6. mehrmals Erbrechen. 23. 6. linker Arm kontrahiert, linke Hand anscheinend paralytisch. Scheint fast bewußtlos, spricht mit sich selbst. 15. 7. andauernde Verschlimmerung, Decubitus, Bewußtsein gebessert. Starb 11. 8. 1863. In diesem Alter natürlich sehr verdächtig, trotzdem wagte ich nicht, die alte Diagnose als unbedingt zuverlässig anzusehen. Boeck 614: ulc. ad genit., rubor et tumor faucium, 1847 27. 1.—6. 3. Calomel, — tub. muc. lab. maj. dextr., später bubo suppurat. 1849 17. 1.—24. 3. Hg protojod.

10. 1864, 10. L. P. Melancholia. Aufnahme 26. 3. 1864, 40 Jahre alt. Seit Jahren trunksüchtig, seit Neujahr brutal gegen seine Frau, glaubt sich verfolgt, schlaflos. In der Anstalt verwirrt, unruhig, halluziniert, Gedächtnis völlig verblödet, 20. 11. jetzt ruhig und fleißig. 24. 4. 1865 geheilt entlassen, Neuaufnahme 23. 12. 1865, Jnr. 61, Mania, war äußerst unsauber und unruhig geworden. Lärmend, zerstörend. Wurde wieder ruhig und fleißig, keine ambitiösen Vorstellungen. 23. 4. 1866 apoplektiformer Anfall, linker Arm paralytisch, Mundwinkel nach links verzogen. Starb 25. 4. 1866. Boeck 3118: tub. muc. ad scrot. et anum, ulc. tonsill. et veli palatini, 1853 26. 4.—20. 8. Schmierkur, Jodkalium, sol. hg Belloste.

11. 1869, 9. J. Chr. O. Dementia. Aufnahme 15. 2. 1869, 51 Jahre alt. Vor 3/4 Jahren wurde er hastig, auffahrend. Vor 3 Monaten Zittern in den Beinen, Gesicht und Gedächtnis wurden schwach, stumpfsinnig. In der Anstalt Gesdächtnisschwäche, schlaffer Gang, Zittern in den Extremitäten, meint sich besonders begnadet. Hat drei lebende Kinder, zwei sind gestorben, eins war totgeboren. Starb 17. 8. 1869.

12. 1869, 26. Frl. M. F. Aufnahme 5. 6. 1869, 26 Jahre alt, Melancholia. Wurde im Dienst auffallend langsam, klagte über Verwirrtheit, bekam Schreianfall und Stupor. 8. 10. sehr unruhig und lärmend. Auf der Brust Narben von Syphilisatio. Entlassen gebessert 21. 10. 1870. Neuaufnahme 1872, Jnr. 24, war unruhig geworden, erotisch, sei jetzt »Fräulein« (also adelig), solle den König pflegen, eine Krone auf dem Haupte tragen, sehr libidinös, äußerst unanständige Reden. Scheint völlig dement mit ambitiösen Ideen. Ungeheilt entlassen 7. 9. 1887. — Ihre Zwillingsschwester N. F. kam 1869 in die Anstalt, Jnr. 116, Dementia, starb im

Digitized by Google

gleichen Jahr an Lungenblutung. — Bei beiden dürfte es sich wohl um Dementia praecox gehandelt haben, aber bei der ersten kann natürlich auch eine progressive Paralyse dahinterstecken. Sie steht im Boeck 4229: tum. gl. ing., tub. muc. genit. et perinei, 1861 27. 8.—31. 12. Syphilisatio.

13. 1871, 7. E. O. E. Dementia. Aufnahme 2. 2. 1871, 35 Jahre alt. Früher starker Trinker, aber nicht mehr in den letzten $2^1/_2$ Jahren seit der Heirat, nur noch zwei Pott bayrisch Bier aus der Brauerei, an der er angestellt war. Die letzten Tage vor der Aufnahme verwirrt, Tremor in Händen und Zunge, Gang etwas unsicher und wackelnd, Sprache beschwerlich und lallend, stumpfsinnig und halluzinierend. 17. 2. ruhig, Sprache besser. 5. 3. verwirrt, unsauber. 9. 4. nachts Krampfanfall mit Zuckungen. Starb 13. 4. 1871. — Boeck 4181: ulc. indur. praep., tum. gl. ing., tub. muc. ani, ulcera tonsillarum, — 1863 21. 8.—28. 12. Derivatio. — Hier erscheint die Diagnose Paralysis generalis doch sehr naheliegend — die Besserung, dann der rasche Verlauf zum Tode nach dem Anfall, Tremor, Sprach- und Gangbeschwerden, trotzdem er offenbar in den letzten Jahren nicht mehr viel getrunken hatte. Also ein Fall ohne spezifische Behandlung mehr.

14. 1877, 31. Frau E. N. Dementia. Aufnahme 14. 11. 1877, 64 Jahre alt. In den letzten $1^1/_2$ Jahren stumpfsinnig und sonderbar. Unruhig, stumpf, dement, Schwindel, Mattigkeit, Entkräftung, Gang sehr beschwerlich. Ungeheilt entlassen 2. 1. 1878. Boeck 2438: ulc. angul. dextri oris, 1855 23. 9.—3. 11. remedia externa. — Exanth. papulos., papul. tonsill. et veli palat, 1856 9. 1.—2. 6. Syphilisatio. — Tub. muc. lab. maj. dextri, ulc. lab. inf., 1856 2. 10.—1857 3. 3. Syphilisatio, Jodkalium, während der Kur Kopfschmerzen und allgemeine Schwäche. — Da die Frau erst mit 42 Jahren Syphilis gehabt hat, kann sie gut mit 62 Jahren Paralyse bekommen haben. Wieder ein Fall mit Syphilisation, man sieht, welche Schwierigkeiten immer wieder alle dementen Formen machen

15. 1880, 46. C. M. H. N. Dementia. Aufnahme 23. 12. 1880, 41 Jahre alt. Früher ziemlich trunksüchtig, ehe er Guttempler wurde. Rechte Pupille größer als linke, gehobene Stimmung, ambitiöses Delir, obszöne Reden. Starb 23. 4. 1881. — Boeck 5179: ulc. ind. lab. inf., tub. muc. genit., roseola totius fere corporis, 1864 30. 1.—13. 6. Syphilisatio.

Ferner sind in den Anstaltsprotokollen noch folgende Kranke als Paralysis generalis bezeichnet, ohne daß den Krankengeschichten eine Bestätigung der Diagnose entnommen werden konnte:

16. 1890, 45. Haagine J. A. Aufnahme 23. 10. 1890.
17. 1892, 21. J. P. Aufnahme 14. 6. 1892, entlassen wegen Melanosarkom 13. 10. 1892.
18. 1894, 2. Josefine H. Aufnahme 15. 1., ungeheilt entlassen 20. 4. 1896.
19. 1894, 12. H. J. H. Aufnahme 7. 3., ungeheilt entlassen 14. 6. 1901. Unsicherer Gang, Romberg positiv, erhöhte Patellarreflexe, normale Pupillenreflexe. Keine Häsitation, versetzt aber bei längeren Probeworten die Silben. Gewalttätig, aggressiv, glaubt sich verfolgt, 1895 entwichen, machte

Digitized by Google

Skandal, 1896 spricht unzusammenhängend, von Sklaverei und Zuchthaus, 1898 die Pupillen reagieren gut auf Licht und Akkomodation, — hatte 1892 Syphilis, war Trinker.

20. 1895, 5. Bertha I. Aufnahme 1. 2., 21 Jahre alt, starb 18. 2. 1895.
21. 1899, 45. K. A. N. Aufnahme 27. 5., entlassen ungeheilt 11. 12. 1899.
22. 1899, 81. H. G. Aufnahme 24. 9.
23. 1899, 109. H. Aufnahme 15. 12.

Diese Liste der zweifelhaften Fälle hat ihren Wert, zeigt sie doch nochmals die Schwierigkeiten der ganzen Untersuchung. Wir dürfen wohl sicher annehmen, daß sich mehr Paralysen in der Anstalt befunden haben, als aus den Krankengeschichten hervorgeht. Während in der Zeit vor 1890 die Diagnose Paralysis generalis zu selten gestellt wurde, kann man später hinter manche Diagnosen »Paralysis generalis« ein Fragezeichen machen — kein Wunder, wenn man bedenkt, daß *Kraepelin* eine scheinbare Abnahme der Zahl der Paralysen an seiner Klinik dadurch erklärt, daß er vorsichtiger mit der Diagnose geworden sei.

Die Hauptarbeit sollte in der Besprechung der Paralysen vor 1900 liegen. Natürlich mehren sich namentlich nach 1900 allmählich sehr die Fälle, die nicht mehr im R.-H. unspezifisch, sondern privat oder in andern Krankenhäusern nach anderen Prinzipien behandelt werden. Aber gerade als Ergänzung der Arbeit von *Bruusgaard* wird es willkommen sein, daß doch auch das Material nach 1900, soweit die Luesbehandlung festzustellen war, veröffentlicht wird. Zufällig erscheinen gerade 1900 auch noch zwei Fälle mit tertiärer Lues, was natürlich bei den kleinen Zahlen sehr ins Gewicht fällt. Man bedenke aber auch, daß die alten Krankengeschichten verschwindend wenig somatisches bringen — in 2 Fällen waren die Bemerkungen über die tertiäre Lues dem Jahresbericht des Todesjahres des Kranken entnommen, während ich sie in der Krankengeschichte nicht gefunden hatte. Der eine Fall von Lues III nach 1900 wurde am 30. 10. 1900 aufgenommen, der zweite folgt als Nr. 1 der Liste 5.

Liste 5.

Paralysen nach 1900 mit sicheren Berichten über die Luesbehandlung.

1. 1900, 33. K. S. Aufnahme 21. 7. 1900, 42 Jahre alt. Typische Paralyse. St. K.: 1881 ulcus molle und bubo, behandelt mit Mixturen und Salben. 1892 Schanker und tub. muc. ani, nicht behandelt. Steckte 1897 seine Braut mit Syphilis an. Kurz vor Ausbruch der Paralyse (1899) bekam er tertiärsyphilitische Symptome (Jahresbericht 1901). Starb 5. 11. 1901.
2. 1907, 33. J. R. Aufnahme 3. 7. 1907, 35 Jahre alt, starb 17. 6. 1909. Dr. A.: ulcus, roseola, plaques im Mund, 1896 11. 12.—1897 25. 2. Sublimatinjektionen (30 mal).

Digitized by Google

3. 1907, 467. Frau K. L. L. Aufnahme 27. 4. 1907, 49 Jahre alt, starb 23. 7. 1907. St. K.: frische Syphilis, 1878 2. 2.—13. 3. Lokalbehandlung, wahrscheinlich auch Hg. Hatte 1881, 1882 und 1884 Rezidive.

4. 1907, 493. Frau I. O. Aufnahme 7. 10. 1907, 37 Jahre alt, starb 5. 4. 1909. R. H. Lues I: 1895 im September, Drüsenschwellung, Exanthem von nuß- bis kinderhandgroßen zirzinaten und marginaten Effloreszenzen, Plaques und Excoriationen im Mund, tub. muc. genit., sehr schlecht genährt. 1896 22. 4.—2. 6. Lokalbehandlung, Jodkalium, vin. chin. ferrat. Also sehr schwere, ohne Hg behandelte Lues.

5. 1908, 25. J. T. Aufnahme 5. 6. 1908, 42 Jahre alt, starb 16. 8. 1911. R. H. 1891 6. 2.—21. 5. Lues II, verheilter Primäraffekt a. d. Präput., Lymphadenitis ing., cervic., maxill., maculopap. Exanthem, angina luetica. Ansteckung 1. 12. 1890. Behandelt lokal, 65 g Jodkalium, pil. Blaudii. Wieder eine kräftige Lues ohne Hg.

6. 1909, 26. Frl. E. P. Aufnahme 26. 5. 1909, 29 Jahre alt, ungeheilt entlassen 3. 7. 1912 (möglicherweise eine Lues cerebri, Anstaltsdiagnose Paralysis generalis). R. H.: ulc. lab. maj. dextr., tum. gl. ing., später roseola, ulc. faucium. defluv. capill. — 1899 8. 5.—15. 9. Lokalbehandlung, Bad, Eisen, 14 mal Calomel 0,1.

7. 1912, 23. C. F. S. B. Aufnahme 1. 4., 51 Jahre alt, starb 1914 16. 1. Dr. St.: 1906 Hg-injektionen wegen Syphilis.

8. 1913, 3. N. H. Aufnahme 14. 1. 1913, 41 Jahre alt, starb 1. 4. 1913. R. H. ulc. ind. praep., adenitis ing., roseola trunci et extrem. 1896 10. 8.—7. 12. Lokalbehandlung, Bad, Eisen, — erisypelas faciei.

9. 1914, 668. M. A. E. Aufnahme 11. 5. 1914, 50 Jahre alt, starb 29. 5. 1914. Seit Sommer 1913 schon unsauber und stumpfsinnig. Man sieht, daß immer noch zum Teil die Paralytiker außerordentlich spät in die Anstalt kommen. Syphilisinfektion in Brasilien 1900, angina syphilitica 1903, in Brasilien angeblich Copaiva und Jodkalium, 1903 17. 5.—9. 6. pill. galloban. hydrarg. no. 68.

10. 1914, 676. K. O. N. Aufnahme 15. 6. 1914, 44 Jahre alt, starb 28. 4. 1915. Dr. N.: 1896 Hg-Pillen, Jodkalium, — St. Kr. (Sorgenfrigaten) tum. gl. ing., deutliches Leukoderma, plaques im Mund, 1897 6. 4.—15. 5. Schmierkur, Jodkalium.

11. 1914, 694. A. J. Aufnahme 1. 10. 1914, 40 Jahre alt, starb 11. 8. 1915. Dr. St.: 1908/10: vier Schmierkuren, angesteckt 1908.

12. 1915, 780. K. T. Aufnahme 10. 11. 1915, 34 Jahre alt, starb 28. 1. 1916. St. K.: prim. ulc. gl., tum. gl. ing., kein Exanthem, — 1903 19. 9. calomel, talcum. Angesteckt Ende Juli. Dann kleinste Papeln am Bauch. 1903 3. 10. empl. hydrarg. ph. g., — dichter Ausbruch eines maculopap. Exanth., 1903 16. 10. Schmierkur 24 mal, 25. 10. Exanthem verschwunden, Jodkalium, 1904 Rezidiv, ausgebreitete Roseola, Plaques in Mund und Hals, 3. 2. 1904 Hg oxyd. tannic. — Pillen, Sublimatpinselungen im Hals.

13. 1918, 989. G. M. M. Aufnahme 20. 11. 1918, 55 Jahre alt, starb 7. 9. 1919. Taboparalyse, weswegen 5. 3. 1918 schon ins R. H. aufgenommen. Starb unter dauernden epileptiformen Anfällen. Dement-depressive Form einer sicheren Paralyse. R. H.: cicatrix praep., lymphadenitis ing. dextr., cubit., submaxim., occip., roseola trunci, excoriat. oris, anaemia. 1897

Digitized by Google

16. 9.—7. 10. Lokalbehandlung, Bad, vin. chin. ferr. Es traten noch Ulzerationen in Mund und Rachen auf.

14. 1920, 1074. A. B. M. Aufnahme 6. 1. 1920, 57 Jahre alt, starb 29. 3. 1923. Er hatte im Gesicht und auf dem rechten Fuß ein großpapulöses tertiäres Exanthem. R. H. ulc. praep. indur., später Roseola. Insomnia. 1898 1. 10.—3. 12 Lokalbehandlung, Bad, Eisen. Also noch ein unbehandelter Fall mit Lues III.

15. 1920, 1113. S. H. I. Aufnahme 17. 6. 1920, 25 Jahre alt. Dr. S.: Schanker, 1914 19. 6. Salvarsan 0,5, blieb dann aus der Behandlung weg. Dieser wie die beiden folgenden Fälle gehören zu den völlig unzureichend mit Salvarsan behandelten Luetikern — was nach Meinung einiger den Ausbruch von Paralyse begünstigen soll (*Petteˊ*).

16. 1921, 961. Frl. S. M. Aufnahme 3. 11. 1921, 31 Jahre alt. R. H. lab. maj. sin. etwas geschwollen, Drüsenschwellung namentlich in der l. Leistenbeuge, tub. muc. ad genitalia, leukoderma colli. 1911 11. 4. Salvarsan 0,5, 3. 5. Salvarsan 0,2.

17. 1922, 1307. K. N. Aufnahme 25. 7. 1922, 43 Jahre alt, gebessert entlassen 8. 10. 1922 in glänzender Remission, schrieb ein amtlich eingeführtes Schulbuch, starb nach kurzem Rückfall 13. 4. 1923. Dr. St.: Syphilis Frühjahr 1918, eine Salvarsaninjektion, verschwand dann aus der Behandlung.

18. 1922, 1059. Frl. J. P. Aufnahme 15. 11. 1922, 50 Jahre alt, gebessert entlassen 3. 3. 1923. St. K.: Angeblich Sommer 1905 angesteckt, Weihnachten 1905 Kopfschmerzen, Schluckbeschwerden, Mai 1906 Geschwüre im Mund, sclerad. ing., axill., cub., kein Exanthem, deutliches Leukoderma, zahlreiche Plaques der Mund- und Rachenschleimhaut. 1906 11. 6.—1. 8. Jodkalium, Sublimatpinselungen, bei Entlassung symptomfrei.

19. 1922, 1361. J. F. R. Aufnahme 12. 12. 1922, 35 Jahre alt. Geborener Däne. Demente Form. Rud. Berghs Hospital, Kopenhagen: Ansteckung Juni 1910, zuerst privat behandelt, sekundäre Syphilis 1910 19. 7.—25. 8. Schmierkur, 36 mal.

Bis Ende 1922 habe ich die Krankengeschichten durchsehen können. Man sieht also auch in dem Material nach 1900 die Paralyse nach jeder Art von Behandlung oder Nichtbehandlung auftreten, 6 Fälle — nur der dritte Teil — sind unspezifisch behandelt, die 3 Salvarsanfälle stehen wie gesagt in einer Sondergruppe, aber auch die Sublimatpinselungen in Fall 18 rechnen wohl kaum als ernsthafte Hg-Behandlung im alten Sinne.

Alles in allem kann man nur unterschreiben, was Prof. *Bruusgaard* schon mit Erstaunen äußerte: wie oft die Paralytiker eine kräftige Lues mit ausgebreiteten Hauterscheinungen gehabt haben. Alle Fälle *Bruusgaards* hatten deutliche Exantheme, 3 sogar in außerordentlich starkem Maße.

Auch die Fälle dieser letzten Liste sprechen also für die oben gezogenen Folgerungen.

Es bleibt die große Frage, wie weit es wirklich den tatsächlichen Verhältnissen entspricht, daß etwa die Paralyse nach Hg-Behand-

Digitized by Google

lung oder anderer spezifischer Behandlung häufiger auftreten sollte, als wenn man die Lues sich auf der Haut austoben läßt bzw. die natürlichen Heilungsvorgänge nicht stört, — eine Behauptung, die ja von den entschiedenen Gegnern des Quecksilbers um die Mitte des vorigen Jahrhunderts, namentlich auch von *Boeck* aufgestellt wurde. Ich erwähnte den auffallenden Befund der Nachuntersuchung von *Bruusgaard*, wonach von seinen unbehandelten Luikern so außerordentlich wenige später Paralyse bekommen haben, und berichtete dagegen von den auffallend hohen Zahlen, die *Boeck* für Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Quecksilberbehandlung gefunden hatte. Ich habe aber auch ausführlich dargelegt, daß man doch wohl nicht ohne weiteres die Syphilis vor 1830—40, deren Folgen *Boeck* beobachtete, mit der heutigen Syphilis vergleichen darf. Es fehlt uns also die entsprechende Nachuntersuchung an einem anderen Krankenhaus Oslos oder Norwegens überhaupt aus der heutigen Zeit (1890—1910) aber mit spezifischer Behandlung der Lues. Sollten dabei auffallend mehr Paralytiker gefunden werden, dann erhielten die Zahlen *Bruusgaards* eine sehr große Bedeutung!

Man beachte, daß von den 19 Fällen nach 1900, die ich oben brachte, nur 6 nach *C. Boecks* Methode unbehandelt blieben gegen 13 mit Hg oder Salvarsan behandelte Fälle. Verhielte sich allerdings die Zahl der Luiker des Reichshospitals zu den anderweitigen in Oslo spezifisch Behandelten ungefähr wie 1 : 2, dann wären Schlußfolgerungen noch verfrüht.

Wie war es mit den Paralysen vor 1900:

Bis 1856 mit Hg behandelt und später Paralyse bekommen Liste 1, Fall 1—18 und 23—25, zusammen 21 Fälle.

Nach 1856 die übrigen der Liste 1, 9 Fälle.

Dagegen stehen die Fälle der Liste 2, die nach dieser Zeit nicht mit Quecksilber, sondern meist mit Syphilisation oder Derivation behandelt worden waren: 22 Fälle, wovon man noch 3 mit Jodkalium gleichzeitig behandelte abziehen kann.

Also nur dieselbe Zahl wie vor 1856, trotzdem Bevölkerungszahl und absolute Zahl der Luesfälle natürlich gestiegen ist. Also auch hier ein auffälliges Überwiegen der mit Hg Behandelten. Wir dürfen aber noch keine Schlußfolgerung ziehen, ehe wir nicht bei Beachtung aller schweren Fehlerquellen noch versucht haben, statistisch zu untersuchen, ob hier nicht Schwankungen in der Kurve der Paralyse vorliegen, die andere Ursachen haben könnten, als die veränderte Behandlung der Lues.

Digitized by Google

6. Statistisches.

Eine der allerwichtigsten Fehlerquellen ist natürlich die Diagnosestellung. Es geht aus den Listen der Paralytiker, die ich oben brachte, ja hervor, wie selten die Diagnose Paralysis generalis als Aufnahmediagnose in manchen Jahren gestellt wurde. Für die Jahresberichte und statistische Bearbeitung wurden nur die Aufnahmediagnosen verwendet, die richtige Diagnose wird zwar häufig im laufenden Text des Krankenblattes begründet und gestellt, aber nicht am Kopf des Krankenblattes verbessert. Namentlich demente und depressive Formen können in den älteren Jahrzehnten kaum nachträglich sicher festgestellt werden. Eine zweite Fehlerquelle ist ebenfalls schon erwähnt worden, daß die dementen einfachen sowie die schnell tödlich verlaufenden Fälle in manchen Jahren wegen Überfüllung der Anstalt wohl kaum zur Aufnahme kamen, daß dagegen bei Erweiterung der Anstalt die absolute Zahl der Paralyseaufnahmen sicher stark steigen kann. Man wird also die Entwicklung der Anstalt im Auge behalten müssen. Weiter stört, daß die staatliche Anstalt Gaustad, dicht bei Oslo gelegen, stets auch Kranke aus der Hauptstadt aufnahm, wenn auch in geringer Zahl. Nach 1900 haben wir dann auch noch die Privatanstalt von Dr. *Dedichen*.

Wir wollen nur kurz auf die Entwicklung der Anstalt eingehen: 1845 wurden am alten »Tollhaus« (gegründet 1829 als Annex der Stiftung »Christian August«) einige Verbesserungen ins Werk gesetzt, es wurde mit kurzen Krankengeschichten angefangen. 1848 kam das norwegische Irrengesetz und 1850 erhielt die inzwischen weiter verbesserte Abteilung die gesetzliche Autorisation als Anstalt für Geisteskranke. Ursprünglich bestanden je 30 Betten für Männer und Frauen, 1862 wurde die Erweiterung auf 76 Männer und 44 Frauen begonnen. Es ist dies aus Tabelle 2 ersichtlich. Die Anstalt war dauernd überbelegt. Im alten »Hospital« in Oslo standen noch 40 Betten für Frauen zur Verfügung, nach den Anstaltsberichten wurden dort vor 1900 keine Paralysen aufgenommen. 1851 wurden 19 Frauen von dort nach der hauptstädtischen Anstalt verlegt, 1862/63 aus der staatlichen Anstalt Gaustad 24 Männer und 11 Frauen. Da, wie erwähnt, hierbei einige Paralytiker waren, erklärt dies vielleicht zum Teil das Anwachsen der Paralysen in diesen Jahren. Die staatliche Anstalt Gaustad wurde 1855 gegründet und half aus, wenn die städtische überfüllt war. Das war aber dauernd der Fall, und da auch Gaustad bald überbelegt war, die Bevölkerung sich allmählich verdoppelt hatte, wurde endlich der Plan gefaßt, außerhalb der Stadt die jetzige Anstalt Dikemark zu gründen, die aber erst 1905 eröffnet wurde. Nur etwa 1/4 der hauptstädtischen Geisteskranken kamen in die Anstalt, die anderen wurden

Digitized by Google

teils zu Hause, teils auf dem Lande untergebracht, die Anstalt war praktisch genommen hauptsächlich für die Schwerkranken da.

Dies ist natürlich eine ungeheuer große Fehlerquelle, die immer wieder beachtet werden muß. Andrerseits gehört die Paralyse ja zu den schwersten Geisteskrankheiten, die wohl relativ am häufigsten doch dringend der Anstaltspflege bedarf — wenn auch oft erst kurz vor dem Tode. Es handelt sich in meinem Material jedenfalls bis 1900 fast nur um schwere Paralysen, daher, wie schon erwähnt, wohl auch die große Anzahl der Anfallsparalysen, daher namentlich auch die oft so kurze Zeit zwischen Aufnahme und Tod. 1875 wird über den schweren Platzmangel geklagt. 1877 schließt sich Gaustad diesen Klagen schon an. 1882 klagt Direktor *Winge* sehr über die Überfüllung, namentlich die Frauenabteilung ist mit Unheilbaren so stark belegt, daß viele Aufnahmegesuche abgeschlagen werden mußten. 1886 dieselbe Klage: wegen Platzmangels ist man oft genötigt, heilbaren, sowie zuweilen gefährlichen Kranken die Aufnahme zu verweigern.

Man wird also sagen können, daß diese Fehlerquelle jedenfalls ziemlich gleichmäßig die ganze Zeit für mein Material bestanden hat.

Dann spielt noch ein Punkt eine gewisse Rolle, das ist die Auswanderung. *Holmboe* hat in seinen drei wertvollen Untersuchungen über die drei Volkszählungen mit Zählung der Geisteskranken in Norwegen darauf aufmerksam gemacht, daß die Zeiten starker Auswanderung ein relatives Anwachsen der Geisteskranken im Heimatlande bedingen, da die Geisteskranken nicht mit auswandern und die geisteskrank werdenden Auswanderer zurückgeschickt werden. Man wird in der Annahme nicht fehl gehen, daß bei den geisteskrank werdenden Auswanderern es sich verhältnismäßig viel häufiger um Dementia praecox und zirkuläres Irresein handelte als um Paralyse. Treibt doch gerade den hypoman Veranlagten sein Temperament und den zu Dementia praecox Neigenden seine Unstetheit aus der Heimat in die Ferne. Aus diesen Gründen ergibt sich dann wieder ein Andrang der endogenen Psychosen, so daß die Anstaltsbetten wieder nicht für ruhigere Formen der Paralyse zur Verfügung stehen.

Die Auswanderung aus Oslo, namentlich nach Amerika, unterliegt großen Schwankungen: 10—15‰ 1871/73, dann unter 2,5; 1879/83 12—20‰, Abfall auf 7—9, dann 1887/88 11—12‰, Abfall auf ca. 6 und ab 1894 auf 1—2‰. In den Perioden starker Auswanderung steigen aber die Verhältniszahlen namentlich für die unheilbaren Formen von Geisteskranken. Wenn im »Amerikafieber« 1882 20‰ der Bevölkerung auswandert, bleiben die Schwächeren meist zu Hause, andererseits werden aber die drüben Erkrankenden wieder nach Hause geschickt, während Amerika die Gesunden behält. *Holmboe* hält die periodenweise so starke Auswanderung durchaus für einen Grund der entsprechenden Zunahme der Geisteskrankheiten

Digitized by Google

in Norwegen. 1910 waren 4,03% aller Anstaltskranken heimgekehrte Emigranten. Demnach wird man vielleicht für Perioden starker Auswanderung ein relatives Absinken der Paralyseaufnahme gegenüber den anderen Geisteskrankheiten annehmen müssen. Auch dies ein Grund mehr, jedenfalls vor 1900 sich nicht zu sehr auf eine Berechnung des prozentweisen Anteils der Paralysen an den Gesamtaufnahmen einzulassen.

In Tabelle 2 sind die Paralyse-Aufnahmen der hauptstädtischen Irrenanstalt von 1848 bis 1899 aufgeführt. Um ein rechtes Bild von den Verhältnissen in alter Zeit zu geben, ist zuerst die Zahl der Aufnahmen überhaupt und der am 31. 12. jeden Jahres in der Anstalt befindlichen Kranken aufgeführt. Es folgen dann die Paralyse-Aufnahmen, wie sie sich aus den Jahresberichten, dann die Aufnahmezahlen, die sich aus den Krankengeschichten — meinen Listen — ergeben, dann die Todesfälle, soweit sie sich in meinen Listen finden, schließlich die korrigierten Zahlen für die Aufnahmen und Todesfälle meiner Listen. Folgende Korrekturen wurden vorgenommen: die Ausländer, die zum Teil ja erst ganz kurze Zeit in Oslo oder Norwegen waren, sind gestrichen worden (1853, 1864, 1876, 1888, 1891, 1893, 1894, 1896, 1897 und 1898 je 1 Fall, 1899 2 Fälle), 1862 und 1863 wurden je 1 Fall gestrichen, da *Berner* erwähnt, daß in diesen Jahren einige Paralytiker aus Gaustad nach der hauptstädtischen Anstalt verlegt wurden. Schließlich wurden aus der Liste der zweifelhaften Fälle diejenigen hier mitgerechnet, bei denen doch die größere Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Paralyse bestand; 1853 2 und 1 Todesfall, 1854 1 und 1 Todesfall, 1861 1 Todesfall, 1862 2 und 1 Todesfall, 1863 1 und 1 Todesfall, 1871 1 und 1 Todesfall. Man wird sehen, daß diese Korrekturen keine wesentlichen Verschiebungen machen.

Während die Bevölkerung dauernd und periodenweise außerordentlich stark zunimmt, ist die Zunahme der Paralyseaufnahmen deutlichen Schwankungen unterworfen. Die Todesfälle, soweit sie sich aus meinen Listen ergaben, schwanken parallel zu den Aufnahmezahlen, ein Hinweis darauf, daß die Paralytiker meist erst in einem sehr späten Stadium in die Anstalt kamen bzw. daß der Tod im Verlauf verhältnismäßig kurzer Zeit die Regel war.

Man beachte noch, daß die Stadtgrenzen 1859 mit einem Zuwachs von 9551 neuen Einwohnern, 1878 mit 24 980 neuen Einwohnern erweitert wurden. Wir haben also nach diesen beiden Zeitpunkten etwa 12—14 Jahre lang höhere Zahlen für Paralyse zu erwarten, als der Bevölkerung und den Syphiliszahlen vor 1859 und 1878 entspricht.

Digitized by Google

Tabelle 2.

Jahr	Aufnahmen		Patienten am 31. 12.		Paralyse-Aufnahmen Jahresb.		Paralyse-Aufnahmen Krankeng.			Todesfälle	korrigiert Aufn.	korrigiert Todesfälle
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	Sa		Sa	Sa
1848	18	3	18	3	0	0	0	0	0	0	0	0
49	15	1	22	0	1	0	1	0	1	0	1	0
50	33	5	28	2	1	0	2	0	2	1	2	1
51	27	20	28	19	1	0	1	0	1	2	1	2
52	20	27	29	30	2	0	2	0	2	2	2	2
53	29	21	34	28	2	0	1	0	1	1	2	2
54	12	20	30	30	0	0	0	0	0	0	1	1
55	12	18	29	28	1	0	1	1	2	1	2	1
56	14	16	32	25	1	0	3	0	3	4	3	4
57	4	15	30	30	1	0	1	0	1	1	1	1
58	5	17	31	29	4	0	4	0	4	1	4	1
59	12	14	30	29	1	1	1	1	2	2	2	2
60	16	12	30	34	3	0	2	0	2	4	2	4
61	12	17	36	31	1	1	1	0	1	0	1	1
62	23	31	47	41	4	2	4	1	5	4	5	5
63	41	32	59	47	4	1	5	0	5	5	5	6
64	34	33	68	39	2	1	2	1	3	0	2	0
65	28	33	65	49	2	0	3	1	4	3	4	3
66	23	17	69	46	1	0	2	0	2	2	2	2
67	16	22	66	56	1	0	0	0	0	4	0	4
68	27	21	67	45	3	0	3	1	4	1	4	1
69	20	17	66	45	0	0	1	0	1	1	1	1
70	34	17	67	43	2	0	2	0	2	1	2	1
71	30	32	67	51	3	0	3	0	3	3	4	4
72	17	24	69	50	0	0	0	0	0	1	0	1
73	26	29	73	55	0	0	0	0	0	0	0	0
74	29	21	77	59	4	0	6	0	6	3	6	3
75	20	22	75	56	2	0	1	0	1	1	1	1
76	22	18	76	55	2	0	2	0	2	0	1	0
77	13	23	73	59	1	0	1	0	1	1	1	1
78	16	16	75	57	2	0	3	0	3	3	3	3
79	23	18	66	55	0	0	3	1	4	2	4	2
80	28	19	75	49	0	0	2	0	2	2	2	2
81	21	18	74	49	0	0	2	0	2	0	2	0
82	14	9	75	47	1	0	1	1	2	1	2	1
83	25	17	68	44	2	0	4	0	4	2	4	2
84	31	25	74	46	2	1	2	1	3	2	3	2
85	31	23	69	44	2	0	2	0	2	3	2	3
86	22	26	63	50	2	0	2	0	2	2	2	2
87	24	24	65	39	1	0	1	0	1	4	1	4

Digitized by Google

Jahr	Aufnahmen		Patienten am 31. 12.		Paralyse-Aufnahmen Jahresb.		Krankeng.			Todesfälle	korrigiert Auf.	Todesfälle
	M.	F.	M.	F.	M.	F.	M.	F.	Sa		Sa	Sa
88	32	28	55	41	3	2	3	3	6	4	5	4
89	35	28	66	45	5	0	5	0	5	3	5	3
90	31	23	58	47	3	1	3	1	4	3	4	3
91	33	19	65	44	3	2	3	2	5	1	4	1
92	32	19	60	42	2	0	1	1	2	1	2	1
93	28	30	64	45	2	3	2	2	4	4	3	4
94	32	14	71	41	5	1	4	0	4	4	3	4
95	23	17	66	47	6	2	7	1	8	8	8	8
96	39	27	69	47	10	2	10	2	12	5	11	5
97	36	18	76	45	3	0	3	0	3	5	2	5
98	42	41	72	48	4	1	4	1	5	6	4	6
99	57	55	80	50	7	4	4	5	9	3	7	3

Bei den kleinen Zahlen werden die Schwankungen der Paralyseaufnahmen deutlicher, wenn wir die Jahre zu dreien zusammenfassen, wie es in Tabelle 3 geschehen ist:

Tabelle 3.

Paralyseaufnahmen		Bevölkerung in 1000 (abgerundet)	Syphilis vor 15 Jahren	Bemerkungen
1849—51	4	87		
1852—54	5	90		
1855—57	6	97		
1858—60	8	130		
1861—63	11	159	1847/49 Zunahme	ab 1862 Erweiterung der Anstalt
1864—66	8	172		
1867—69	5	190		
1870—72	6	205	von 1856 Abnahme	1852 Beginn der Syphilisatio
1873—75	7	224		
1876—78	5	273		um 1876—85 stärkster Bettenmangel
1879—81	8	358		
1882—84	9	381	1869/71 Zunahme	1882 stärkste Auswanderung
1885—87	5	398		
1888—90	14	432		Bevölkerung gegen 1873/75 verdoppelt
1891—93	9	485		
1894—96	22	549	1880/82 Zunahme	
1897—99	13	650		

Ohne weiteres wird jetzt klar, daß die Paralyseaufnahmen nicht mit der Bevölkerungszunahme Schritt halten, und dies, trotzdem in den letzten Jahrzehnten die Diagnostik

Digitized by Google

immer sicherer wird, auch immer mehr demente Formen erfaßt, die natürlich im älteren Material wegen der schwierigen nachträglichen Diagnose fast völlig fehlen. Man lege nur ein Lineal schräg von den Paralysezahlen zurück nach dem 5. Jahrdritt vorher und vergleiche, wie durch drei solche Linien angedeutet, die verschiedenen Paralysezahlen mit der Volksmenge 15 Jahre vorher, um zu sehen, wie die Paralysezahl zurückbleibt Noch krasser wird es, wenn man die Paralysezahlen mit der Volksmenge derselben Jahre vergleicht: 1858/66 die 9 Jahre mit den meisten Paralysen vor 1867 gegen 1891/99, die entsprechenden Jahre nach 1867, von welchem Jahre an also die Paralyse der unbehandelten Syphilis zur Beobachtung kommt: die Paralysen noch nicht verdoppelt, die Bevölkerung mehr als verdreifacht.

Ebenso wie die Paralyseaufnahmen sind auch die Bevölkerungsziffern je dreier Jahre (abgerundet) addiert. Es wird jetzt ganz auffallend, wie die Zahl der Paralysen im Gegensatz zur dauernden Zunahme der Bevölkerung hin- und herschwankt. Der Paralysegipfel 1861/63 mag zum Teil durch die 1862 einsetzende Anstaltserweiterung erklärlich sein, zumal 1862/63 einige Paralytiker aus Gaustad verlegt wurden. (Was aber bei der Korrektur der Zahlen berücksichtigt wurde!) Jedoch entspricht diesem Paralysegipfel 15 Jahre vorher 1847/49 eine starke Zunahme der Syphilis. Die nach 1855 einsetzende Abnahme der Syphilis prägt sich ganz deutlich in den niedrigen Paralysezahlen nach 1870 aus. Von 1876 an haben wir mit besonders schwerem Bettenmangel zu rechnen. Vielleicht prägt sich darum um 1884/85 die 15 Jahre vorher bestandene Luesepidemie nicht so stark aus. Man beachte aber auch, daß sich die Bevölkerung von 1870: 66 000 auf 1878: 112 000 fast verdoppelte. Hierin liegt wohl die Hauptursache für die außerordentliche Zunahme der Paralyseaufnahmen 1888—1890, für die eine entsprechende Luesepidemie nicht vorhanden ist.

Die starke Lueszunahme 1896/99 (s. Tabelle 1) findet ihre Auswirkung in einer Zunahme der Paralytiker 1912/15. Auf diese Zunahme in ganz Norwegen machte *Arnesen* 1920 aufmerksam. Ich kann auf seine Arbeit verweisen und mich daher auf die Paralysen vor 1900 beschränken. *Arnesens* Frage, ob auch die ad modum *Boeck* behandelten Luiker Paralyse bekommen können, ist durch mein Material bejaht. *Arnesen* betont für die Zeit nach 1890, daß auch in Zeiten großen Bettenmangels die schweren Paralysen doch auf alle Fälle wohl in Anstalten gekommen wären. (Material aus Bergen.) Daß chronische, demente Fälle in Oslo dagegen wohl nicht immer in Anstaltsbehandlung kamen, habe ich erwähnt.

Berner berechnet für die Osloer Anstalt für die Zeit 1850—1879 von allen Aufnahmen abzüglich der wiederholten Aufnahmen 8% männliche und 1,2% weibliche Paralyseaufnahmen, sagt aber sofort,

Digitized by Google

der Prozentsatz erhöhe sich noch durch einen Teil Paralysen, die bei der Aufnahme nicht als solche diagnostiziert worden waren. Bei 355 Männern, bei denen das Alter beim ersten Anfall bekannt war und bei denen congenitale Idiotie, Epilepsie und Delirium tremens nicht mit gerechnet wurden, fand er 11,2% Paralysen. Bei den kleinen Aufnahmezahlen der alten Zeit im einzelnen versuchen zu wollen, die Paralyseaufnahmen auf die Gesamtaufnahmen zu berechnen, hat im einzelnen natürlich keinen großen Wert, — man käme 1858 auf 80%.

Die Wandlung in der Behandlung vom Quecksilber zur unspezifischen Therapie fällt in eine Periode abnehmender Lues Mitte der 50er Jahre. Wollen wir versuchen, die Beobachtung von *Boeck* (viel Metalues nach Quecksilberbehandlung vor 1850) und *Bruusgaard* (auffallend wenig Metalues nach unspezifischer Behandlung nach 1890) an unserem Material nachzuprüfen, so ist allerdings die geringe Anzahl Paralytiker nach 1865, — bezogen auf die Bevölkerung wie auf die Luesfälle 15 Jahre vorher —, außerordentlich auffallend. Rechnen wir für eine Luesepidemie analog den späteren statistischen Angaben etwa 4‰ Luetiker der Bevölkerung, so haben wir: 1846/48 von ca. 80 000 Menschen 320 Luesfälle. Dagegen 1861/63 11 Paralysen = 3,4% der Luetiker oder 0,14‰ der Einwohner von 1847/49. Bei der 2. Epidemie 1869/71 hätten wir von 202 000 Menschen 808 Luiker, dagegen 1882/84 (um das Dreijahr der höchsten Paralysezahl zu nehmen) 9 Paralytiker, das sind nur 1,1% der Luiker oder 0,044‰ der Einwohner von 1869/71. Bei der nächsten Epidemie 1880/82 hätten wir von 364000 Menschen 1456 Luiker, dagegen 1894/96 22 Paralytiker = 1,5% der Luiker oder 0,05‰ der Bevölkerung von 1880/82. Bei den letzten beiden Epidemien also übereinstimmende Zahlen. Man vergleiche dazu das Ergebnis, zu dem *I. Chr. Smith* (Hospitaltidende 1927) gekommen ist, der in Kopenhagen 1922—25 von den Luikern von vor 12 Jahren 3,5%, in früheren Perioden 4,8% und 4,3% Paralysen fand. Daß ich bei meinem älteren Material die Inkubationszeit der Paralyse auf 15 Jahre setzen mußte, liegt an dem mehrfach berührten Umstand, daß damals die Paralysen eben erst sehr spät in die Anstalt kamen. Daß in Kopenhagen also auch die Paralysen im Verhältnis zur Syphiliszahl zurückgegangen sind, ist sehr interessant, noch interessanter aber, wieviel niedriger die Prozentzahl in Norwegen liegt. Wenn man einwendet, es seien zu wenig Paralysen von mir erfaßt worden, so bedenke man, daß nach *Holst* Ende der 90er Jahre vielleicht nur 60% aller Syphilisfälle gemeldet wurden — früher wird es nicht besser gewesen sein.

Entweder müssen also 1846/48 verhältnismäßig $2^1/_2$—3 mal soviel Menschen Lues gehabt haben als bei den späteren Epidemien,

Digitized by Google

oder die Beobachtungen von *Boeck* und *Bruusgaard* bestehen zu Recht, daß die Syphilis vor 1850 ganz wesentlich häufiger Erkrankungen des Zentralnervensystems machte als später. Ob dies daran lag, daß die Lues vor 1850 eine andere Virulenz hatte oder an der Quecksilberbehandlung, ist eine Frage, die ich ja schon aufgeworfen habe, in der ich mich aber zu irgendeiner Entscheidung nicht berufen fühle. Daß bei meinen Paralysen nach 1900 nur $^1/_3$ unspezifisch behandelt worden waren, $^2/_3$ aber spezifisch, ist als auffallend schon erwähnt.

Alle diese Fragen bedürfen weiterer Klärung.

Zusammenfassung.

1. Die Syphilisverbreitung ist in Norwegen, namentlich in Oslo, im Laufe der letzten 100 Jahre starken Schwankungen unterworfen gewesen. Es zeigt sich, daß größere Syphilisepidemien etwa 15 Jahre später von einem Ansteigen der Paralyseaufnahmen gefolgt werden. Die späteren Luesepidemien sind abhängig von deutlichen, längerdauernden wirtschaftlichen Hochkonjunkturen.

2. Die progressive Paralyse ist, gemessen an der Bevölkerungszahl sowie der Zahl der Syphilisfälle (15 Jahre vorher), nach 1865 außerordentlich selten.

3. In den ersten beiden Jahrzehnten des vorigen Jahrhunderts bestand in Norwegen noch eine Durchseuchung mit einer sehr infektiösen, rasch und schwer verlaufenden »tropischen« Syphilis, während später, namentlich nach 1850, die Syphilis etwa den heutigen Charakter hat.

4. Die Behandlung der Syphilis springt vom Quecksilber und Jodkalium 1852 schroff um in unspezifische Therapie.

5. Aus den Beobachtungen der Syphilidologen *Boeck* und *Bruusgaard* sowie auch aus meinem Material ergibt sich, daß die metaluischen Erkrankungen bei der Syphilis vor 1850 offenbar viel häufiger waren als nach 1850. Auch nach 1900 finden wir ein deutliches Überwiegen der spezifisch behandelten Paralytiker über die unspezifisch behandelten.

6. Es ist eine offene Frage, ob die Syphilis ihre Virulenz geändert hat oder ob dies auf die Änderung in der Behandlung zurückzuführen ist.

7. Die Paralytiker in Oslo 1849/99 haben großenteils eine deutliche Lues gehabt. Auch kräftige Hauterscheinungen unbehandelter Lues schützen nicht vor Paralyse. Anfallsparalysen auch nach Art des Status epilepticus sind häufig. Tertiäre Syphilis bei Paralyse ist selten.

8. Genau wie heute kamen auch in früherer Zeit Fälle vor, bei denen »endogene« Psychosen (zirkuläres Irresein, Schizophrenie) durch eine beginnende Paralyse ausgelöst wurden.

Digitized by Google

9. Von 1849—1899 konnten 30 Paralytiker mit sicherer Quecksilberbehandlung und 22 mit sicherer unspezifischer Behandlung (namentlich Syphilisation) festgestellt werden. Bei 36 von diesen konnte der klinische Verlauf der Lues aus *Boecks* Register oder in alten Krankengeschichten der Krankenhäuser in Oslo festgestellt werden. Rezidive, ausgebreitete Exantheme, geschwürige Prozesse waren häufig, auch schwere Lues wurde mehrfach sichergestellt. Von weiteren 109 Paralytikern lagen noch bei 40 positive Angaben über Lues vor. Im ganzen kann man sagen, daß in über $^3/_5$ der Paralysen vor 1900 die Lues nicht nur nicht unbemerkt, sondern auch meistens nicht leicht verlief. Es fragt sich, ob nicht die Syphilis überhaupt in etwa $^2/_5$ aller Fälle leicht und unbemerkt verläuft. Auf keinen Fall kann die Ansicht in meinem Material eine Stütze finden, daß Paralytiker besonders gern leichte oder unbemerkte Syphilis gehabt hätten.

10. Mein Material ist insofern ausgesucht, als wegen der Schwierigkeit der nachträglichen Diagnosenstellung und dem fast chronischen schweren Bettenmangel der Anstalt sicher ein großer Teil dementer und depressiver Paralysen nicht in Anstaltsbehandlung kamen bezw. nicht nachträglich diagnostiziert werden konnten.

11. Trotzdem die Verhältnisse in Norwegen für das Studium der Lues-Paralyse-Fragen offenbar verhältnismäßig einfach liegen, können natürlich aus dem vorliegenden Material noch keine endgültigen Schlüsse mit größerer Sicherheit gezogen werden. Die Arbeit sollte im wesentlichen der vorläufigen Sammlung und Sicherstellung eines wichtigen Teiles des Material zum Studium der verschiedenen Fragen dienen, in der Hoffnung, daß berufenere norwegische Kollegen — Psychiater wie Syphilidologen — die Arbeit weiterführen mögen, um zu einer Klärung der für die Syphilisbiologie wie für die Paralyse gleichwichtigen Fragen zu gelangen.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, allen norwegischen Kollegen für ihre Kollegialität und Hilfsbereitschaft zu danken, ganz besonders dem damaligen Direktor der hauptstädtischen Anstalt Dikemark, *H. Arnesen*, auch für die Erlaubnis zur Benutzung der Krankengeschichten.

Literatur.

Norwegische medizinische Zeitschriften:
Medicinsk Revue (erscheint in Bergen), abgekürzt: Med. R.
Norsk Magasin for Laegevidenskaben (Oslo): N. M. f. L.
Tidsskrift for den norske Laegeforening (Oslo): T. f. d. n. L.
Aall, Jakob: Zitiert nach Bugge.
Arnesen, H.: Über Paralysis generalis 1891—1918 (norw.). Med. R. 1920.
Bentzen: In den Verh. d. Med. Ges. in Kristiania 1898, N. M. f. L. 1898.

Digitized by Google

Berner, Hj.: Statistische Mitteilungen aus der Irrenanstalt von Kristiania in den 30 Jahren 1850—1879 (norw.). N. M. f. L. 1881.
Bidenkap: In den Verh. d. med. Ges. in Kristiania 1868, N. M. f. L. 1868 (norw.).
—, Einige Bemerkungen über die Anwendung von Sarsaparilla und Jod bei Syphilis (norw.). N. M. f. L. 1885.
Boeck, W.: Traité de la radesyke, Christiania 1860.
—, Recherches sur la syphilis, Christiania 1862.
—, Untersuchungen über Syphilis (norw.), Christiania 1875.
—, Erfahrungen über Syphilis (norw.), Christiania 1875.
Borge, C. J.: Die Radesyke (norw.). T. f. d. n. L. 1905.
Bostroem: Über die Auslösung endogener Psychosen usw. Archiv f. Psych. **86** (1929).
—, Über organisch provozierte endogene Psychosen. Z. Neur. **131** (1931).
Brinkmann: Wandlungen im Verlaufe der progressiven Paralyse. Z. f. Psych. **80** (1924).
Bruusgaard, E.: Nachuntersuchungen von nicht spezifisch behandelten Luetikern (norw.). N. M. f. L. 1928.
Bugge, Alexander: Aufgangs- und Niedergangszeiten in Norwegen in den letzten tausend Jahren (norw.). Tidens Tegn vom 25. 9. 1926.
Carrière, R.: Paralyse und Pockenschutzimpfung. Z. f. Psych **86** (1927).
—, Schizophrenie im Verlauf malariabehandelter Paralyse und anderer chronischer Hirninfektionen. Z. f. Psych. **91** (1929).
Fournier: Zitiert nach Plaut.
Galant: Status paralyticus. Psych. Neur. Woch. 1931.
Grön, Fr.: Über das erste Auftreten von Syphilis in Norwegen (norw.). T. f. d. n. L. 1912.
Gußmann: Siehe Hudovernig.
Hauptmann: Wie können wir der Paralyse und Tabes vorbeugen? Klin. Woch. 1926.
Haustein, Hans: Die Statistik der Syphilis, Z. Haut- u. Geschl. **10**.
—, Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit bes. Berücksichtigung Kristianias. Z. f. Bekämpfung d. Geschl.kr. **20**.
Heiberg, Povl: Die Zahl der Syphilisfälle in Kopenhagen und die Zahl der an progressiver Paralyse im St. Hans-Hospital Gestorbenen. Zentralbl. f. Nervenkr. N. F. **18**.
—, (Dänisch) Ugeskrift f. laeger 1906.
Henrichs, J.: Kann der Radesyke eine Bedeutung für die Ätiologie unserer Geisteskrankheiten beigelegt werden? N. M. f. L. 1913.
Hirschl: Zitiert nach Kraepelin.
Holm, H.: Paralysis generalis, Ätiologie und Symptome, Probevorlesung. T. f. d. n. L. 1893 (norw.).
Holmboe: Das Vorkommen der Geisteskrankheiten in Norwegen (norw.). N. M. f. L. 1898.
—, Die Geistesschwachen und Geisteskranken in Norwegen nach der Volkszählung vom 3. Dezember 1900. N. M. f. L. 1905 (norw.).
—, Die Geistesschwachen und Geisteskranken in Norwegen nach der Volkszählung vom 1. Dezember 1910. N. M. f. L. 1918 (norw.).
Holst, Axel: Über die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in Kristiania (norw.) T. f. d. n. L. 1896.

Digitized by Google

Holst, Weiteres über die Zunahme der Geschlechtskrankheiten in Kristiania (norw.). T. f. d. n. L. 1898.
Kjelberg: Zitiert nach Holm.
Kloumann: Bericht über die Pockenepidemie 1880 (norw.). N. M. f. L. 1881.
Kraepelin: Psychiatrie 1910.
Lochmann: In den Verh. d. med. Ges. in Kristiania, N. M. f. L. 1868 (norw.).
Mattauschek und *Pilcz:* Beitrag zur Lues-Paralyse-Frage. Z. f. Neur. Orig. **8** (1912).
Meggendorfer, Fr.: Über den Ablauf der Paralyse. Z. f. Neur. Referate u. Ergebnisse **22** (1920).
Neumann, I.: Syphilis, 1896. Band XXIII der speziellen Pathologie und Therapie von Nothnagel.
Pette: Über den Einfluß der verschiedenen Formen antisyphilitischer Behandlung auf das Entstehen der »metaluetischen« Erkrankungen. Dtsche. Z. f. Nervenheilk. **67** (1920, Wilh. Erb-Nr.).
Pilcz: Siehe Mattauschek.
Plaut: Die Lues-Paralyse-Frage. Z. f. Psych. **66** (1909).
Sagel, W.: Neunjährige Erfahrungen mit Recurrensbehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung usw. Z. Neur. **137** (Seite 23).
—, Beitrag zur Kenntnis der von typischen klinischen Verlaufsbildern der progressiven Paralyse bei und nach Recurrensbehandlung vorkommenden Abweichungen. Z. f. Psych. 1932 (Festschrift f. Ilberg).
Sandberg: Paralysis generalis (norw.). N. M. f. L. 1868.
Schau, P.: Bericht über die venerischen Krankheiten in Kristiania im Jahre 1917 (norw.). T. f. d. n. L. 1918.
Statistik: (Norw.) die verschiedenen Jahrgänge der »offiziellen Statistik Norwegens«, Abschnitt: »Gesundheitszustand und Medizinalverhältnisse«, und des »statistischen Jahrbuches« der Stadt Oslo (Kristiania).
Strümpell: Lehrbuch II, 1922.
Verhandlungen der medizinischen Gesellschaft in Kristiania: Die Berichte erscheinen im N. M. f. L.
Winge, P.: Psychiatrisches (norw.). N. M. f. L. 1869.

Digitized by Google

Lungentuberkulose in der Irrenanstalt.

Von

Anstaltsdirektor Dr. **Dost**, Landesheil- u. Pflegeanstalt Hubertusburg.

In früherer Zeit konnte die Versorgung der tuberkulösen Geisteskranken in der Irrenanstalt die Anstaltsärzte nicht befriedigen, weil rechtzeitige Erkennung der Tuberkulose wegen der Stumpfheit oder des Negativismus vieler Kranken mit den damals zur Verfügung stehenden diagnostischen Hilfsmitteln sehr schwierig oder oft unmöglich war, so daß mitunter erst die Sektion die Tuberkulose zutage förderte. Die Folge war, daß die unerkannt gebliebenen Tuberkulösen ihre Umgebung infizierten. Seit Einführung des Röntgenapparats sind wir besser daran, da er uns ermöglicht, auch Frühstadien der Krankheit bei Geisteskranken zu erkennen, vorausgesetzt, daß wir die Kranken gut beobachten und bei Verdacht auf Tuberkulose sofort untersuchen. Infolge der durch die Röntgentechnik geschaffenen Möglichkeiten nahm die Forschung auf dem Tuberkulosegebiet einen bemerkenswerten Aufschwung. Es gelang mit Hilfe des Röntgenbildes nicht nur, die Kenntnisse über die ersten Anfänge der Krankheit in den Lungenspitzen zu erweitern, sondern auch, das so wichtige, bisher unbekannte Frühinfiltrat nachzuweisen. Die seitdem gesammelten und veröffentlichten Ergebnisse sind noch im Fluß und werden von den Autoren noch nicht in allen Einzelheiten anerkannt. Die nachfolgenden Lehrmeinungen können daher nur mit einem gewissen Vorbehalt ausgesprochen werden.

Die Erstinfektion ergibt den tuberkulösen Primärkomplex, der in Europa zu den Kinderkrankheiten gerechnet werden muß, da sich fast jedes Kind mit Tuberkelbazillen infiziert. Primärkomplex Erwachsener wird bei uns kaum beobachtet, wohl aber kommt er bei unzivilisierten Völkern vor, wie der letzte Krieg gezeigt hat. Einmaliges Überstehen verhindert, daß Wiedererkrankung in der gleichen Form auftritt und läßt die Allergie entstehen, ein Andersreagieren des Körpers auf die Infektion mit den gleichen Keimen. Die Erwachsenen können daher durchschnittlich als allergisch bezeichnet werden. Weiter entwickelt sich nach der neuen Lehre aus der Lungenspitzentuberkulose nur in etwa 7—10% der Fälle fortschreitende Lungentuberkulose.

Digitized by Google

Sie kann von einem Spitzenherd aus durch Verbreitung auf dem Blut- oder Lymphwege oder von einer Bronchialdrüse aus infolge Durchbruchs in die Bronchien entstehen. In diesen Fällen spricht man von endogener Reinfektion oder Metastasierung eines früheren Krankheitsherdes. Viel häufiger aber wird die Tuberkulose der Erwachsenen durch Aufnahme von Tuberkelbazillen aus außerhalb des Körpers befindlichen Quellen verursacht, also durch Neuansteckung und zwar vorwiegend in der Form einer meist unterhalb des Schlüsselbeins sich entwickelnden exsudativ-entzündlichen Infiltration, des sogenannten Frühinfiltrats. Auch hier bestehen verschiedene Möglichkeiten: Die neu aufgenommenen Bazillen können selbst den frischen Herd erzeugen oder sie können durch die mit ihrem Zerfall verbundene Tuberkulinisierung des Körpers den Schrittmacher für die Metastasierung der bereits bestehenden Tuberkulose abgeben, wie das neuerdings *Redeker* annimmt, oder sie können endlich auch einen ruhenden Herd örtlich wieder aufflammen lassen. Besonders bedenklich ist es, wenn die Betreffenden immer erneuten Infektionen (Superinfektion, additioneller Infekt) ausgesetzt sind, weil die erste Infektion einen allergisch überempfindlichen Boden hinterläßt, der auf neue Infektionen mit ausgebreiteter Entzündung reagiert, gleichwie die Umgebung eines reaktionsfähigen tuberkulösen Herdes auf eine wirksame Tuberkulindosis antwortet. *Bräuning* faßt den derzeitigen Stand unserer Kenntnisse über Tuberkuloseentstehung folgendermaßen zusammen: Tuberkulös-infizierte Gesunde (d. h. Leute, die nach einer Ansteckung im Kindesalter keine klinischen Zeichen von Tuberkulose darbieten, also die Mehrzahl aller Menschen) können durch Neuansteckung an Tuberkulose erkranken, es können aber auch Erwachsene durch Superinfektion (Neuansteckung) wieder erkranken, die von einer homogen-herdigen oder produktiven Tuberkulose geheilt sind. Selbst die Verschlechterung einer noch aktiven Tuberkuloseerkrankung ist durch Neuansteckung mit Tuberkelbazillen möglich.

Vor der Einführung des Röntgenapparats war es unmöglich, das Frühinfiltrat sicher festzustellen. Die bisherigen diagnostischen Methoden waren aber trotzdem nicht wertlos, da sie wenigstens den Verdacht auf eine tuberkulöse akute Lungenerkrankung begründen konnten. Der physikalische Befund ist allerdings im Beginn des Frühinfiltrats gewöhnlich negativ oder gering. Dämpfung ist meist nicht nachweisbar, höchstens leichte Schallverkürzung oberhalb des Schlüsselbeins und in der fossa supraspinata als Folge sekundärer Atelektase der Spitzenlunge. Die Auskultation ist meist ergebnislos; mitunter deutet feines Giemen in den seitlichen infraklavikulären Gegenden auf eine lokalisierte Bronchitis und ist dann beachtlich. Liegt die perifokale Entzün-

Digitized by Google

dung in der Nähe der Pleura oder hat sie dieselbe erreicht, so hört man Knistern oder Knisterreiben als Zeichen einer umschriebenen Randpleuritis. Das Atemgeräusch ist meist nicht verändert. Wichtig ist, von Anfang an das Sputum öfters zu untersuchen, da ganz im Beginn meist Tuberkelbazillen gefunden werden. Bekanntlich schwinden die Tuberkelbazillen oft nach einigen Wochen wieder, obwohl der Prozeß noch länger bestehen bleibt. Wird kein Sputum entleert, könnte versucht werden, einen Abstrich von der Larynxschleimhaut zu machen oder Material durch Magenausheberung zu gewinnen. Bei Mißerfolg muß die Untersuchung wiederholt werden, oft ist Anreicherung nach *Uhlenhut* nötig. Weiter ist ratsam, mehrere Tage die Temperatur festzustellen. Empfohlen werden Rektalmessungen nach einstündigem Gehen und erneute Kontrolle nach einhalbstündigem Liegen. Freilich scheitern die Temperaturmessungen oft an dem Widerstand der Kranken, auch sind die Messungen durch das Personal nicht immer zuverlässig und bedürfen oft der ärztlichen Kontrolle. Ferner ist deutliche, wiederholt festgestellte Erhöhung der Blutsenkungsgeschwindigkeit für Tuberkulose verdächtig. Sie geht im allgemeinen mit der Schwere der Erkrankung parallel. Auch die Gewichtskurven längere Zeit zu verfolgen, darf nicht unterlassen werden. Weiter ist der Auswertung des Blutbildes zu gedenken, die allein die Diagnose Tuberkulose nicht begründen kann und nur einen Stein im diagnostischen Gebäude bedeutet, aber an die Möglichkeit des Bestehens einer Tuberkulose denken läßt, wenn Lymphozytose auftritt. Sind 3—5% Eosinophile vorhanden, kann die Prognose als günstig bezeichnet werden; sinkt die Zahl der Eosinophilen beträchtlich, so verschlechtert sich die Prognose. Bei eitrigen Kavernen können auch die Leukozyten vermehrt sein.

Wegen der häufig auftretenden, mit Fieber verbundenen Allgemeinbeschwerden toxischen Charakters ohne objektiven Befund wird die Erkrankung oft als Grippe angesehen. Es ist versucht worden, das Frühinfiltrat diagnostisch von der Grippe abzugrenzen. Es wird angegeben, daß die Zunge beim Frühinfiltrat nicht, wie bei der Grippe, pappig belegt, sondern normal ist. Ferner fehlt bei dem Frühinfiltrat Schnupfen und Tracheo-Bronchitis, die bei Erkältungskrankheiten gewöhnlich vorhanden sind. Herpes labialis soll akutes Frühinfiltrat fast sicher ausschließen. Ob diese Anhaltspunkte immer zutreffen, müssen weitere Erfahrungen ergeben. Wichtig ist, daß das Personal den Arzt insofern unterstützt, als es rechtzeitig auf Kranke aufmerksam macht, die wegen Ermüdbarkeit, Appetitlosigkeit, Husten, Bruststechen oder Durchfällen auffallen. Schwierig ist es oft, die Quelle von Blutungen aufzufinden. So können Blutungen aus

Digitized by Google

dem Rachen, dem Zahnfleisch oder der Nase Lungenblutungen vortäuschen. Nasenblutungen können auch vikariierend für ausbleibende Menses eintreten. Die Kranken, die viel spucken, leiden erfahrungsgemäß meist nicht an Tuberkulose.

Gewißheit über das Auftreten eines Frühinfiltrats bringt jedenfalls erst die Röntgenuntersuchung, die in allen Verdachtsfällen umgehend vorgenommen werden muß. Durch sie gelingt es, das Frühinfiltrat als homogenen, unscharfen, gleichsam zerfließenden, z. T. kirsch- bis eigroßen Schatten im lateralen Teile der infraklavikulären Lungenpartie oder im Mittelfeld, seltner im Unterfeld der Lunge festzustellen. In vielen Fällen heilt der Herd in einigen Wochen aus. Man bemerkt dann bei fortlaufender Röntgenkontrolle, daß der Herdschatten sich besser abgrenzt, dichter und schließlich strangförmig wird. Die mit der Heilung eingetretene relative Immunität kann aber jederzeit durch erneute Schädigungen, z. B. Infektionskrankheiten, innersekretorische Störungen, Puerperium, Erkältungen, Verletzungen, Überanstrengungen usw. durchbrochen werden, und die Überempfindlichkeit und Entzündungsbereitschaft des Gewebes kann von neuem auftreten. In solchen Fällen, die recht häufig sind, heilt das Frühinfiltrat nicht aus. Es kommt zur Einschmelzung und Kavernenbildung mit weiterer Ausbreitung durch Aspiration oder Verschleppung auf dem Blut- oder Lymphwege. Der Kranke erholt sich nicht, bleibt ermüdbar oder klagt öfters über Schulterschmerzen. Häufig werden diese Beschwerden zunächst fälschlich auf Rheumatismus oder Blutarmut bezogen. Während der Einschmelzung entsteht ein großer diffuser Schatten, der mit Ausstoßung des zentralen Käses zurückgeht. Schließlich ist eine Frühkaverne entstanden, die wie ausgestanzt in dem sonst oft wenig veränderten Lungengewebe liegt. Diese Kaverne kann sehr lange stationär bleiben, sie kann auch in seltenen Fällen schrumpfen, so daß nur ein strangförmiger Rest übrig bleibt. In den meisten Fällen aber führen die Frühkavernen, wenn sie nicht entsprechend behandelt werden, zur Weiterverbreitung des Prozesses. Es kann so schubweise, rasch oder erst nach 1—2jährigem Bestehen der Kaverne chronische Lungentuberkulose mit umschriebenen Knötchen unter Neigung dieser zur Vernarbung und Cirrhose oder mit Neigung zur Höhlenbildung entstehen oder es kann sich eine floride galoppierende Schwindsucht mit käsiger Lungenentzündung und rascher Einschmelzung des Gewebes entwickeln. Jedes Frühinfiltrat verlangt daher sofortiges Eingreifen.

Nach *Romberg* genügt bei diffuser akuter Infiltration ohne Kaverne physikalisch-diätetische Therapie mit völliger Liegekur und Fernhaltung aller Reize, da die Kranken gegen jeden Reiz

Digitized by Google

empfindlich sind. Besonnung, Höhensonnenbestrahlung, Einreibung von Petruschkisalbe, Ponndorfimpfungen, Einspritzung von Tuberkulin, Reizkörpertherapie sind daher zu meiden. Hat sich bereits eine Kaverne entwickelt, so muß sofort ein künstlicher Pneumothorax angelegt werden. So kann die Weiterentwicklung zu tertiärer Lungentuberkulose vermieden werden. Die Irrenanstalt, die Tuberkulöse verpflegt, muß daher für die Möglichkeit, einen Pneumothorax anzulegen und einige Zeit zu unterhalten, besorgt sein. Weitere Maßnahmen, wie Phrenikus-Exhairese oder Thorakoplastik sind Sache des Lungenchirurgen.

Wir haben gesehen, daß die heutige Behandlung der Tuberkulösen für den Arzt dankbare Möglichkeiten aufweist. Eine nicht weniger wichtige Aufgabe besteht für den Arzt darin, die Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose nach Möglichkeit zu verhindern. Daß dies nicht leicht ist und daß schon geistig gesunde, Bazillen ausscheidende Tuberkulöse sehr zur Verbreitung der Krankheit beitragen können, ist uns bekannt. Wissen wir doch seit *Flügges* und *Neufelds* Veröffentlichungen, daß durch die Tröpfchenausstreuung laut sprechender, sprudelnder oder hustender Menschen in 20—80 cm Abstand zahlreiche Tröpfchen auf andere Menschen übertragen werden können. Versuche haben ergeben, daß bei lautem Sprechen eines Tuberkulösen in 30 Minuten 40—1000 Mundschleimtröpfchen mit einzelnen Tuberkelbazillen verstreut, außerdem aber in der gleichen Zeit und bei etwa 20 Hustenstößen im Mittel 100—8000 Bronchialtröpfchen entleert und hierbei in 30 Minuten bis 100 Tuberkelbazillen, im Einzelfalle jedoch 400 bis 20000 Tuberkelbazillen ausgeschieden werden können. Da die Gesprächsentfernung meist unter 60 cm beträgt, ist die Gefahr der Übertragung durch Tröpfchenzerstreuung sehr groß.

Um so mehr ist es die Aufgabe des Anstaltsarztes, die Entstehung und Verbreitung von Lungentuberkulose in der Anstalt zu verhüten, weil die Irrenanstalt besonders günstige Entstehungs- und Entwicklungsmöglichkeiten für die Lungentuberkulose bietet. Die in der Anstalt besonders zahlreich vorhandenen Schizophrenen besitzen nach *Luxenburger* eine erbliche Schwäche der geweblichen Potenz, die zur Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit gegen tuberkulöse Infektion führt. Der infolge schlechter Nahrungsaufnahme oft ungünstige Ernährungszustand, der Mangel an Bewegung, die oberflächliche, ungenügende Atmung dieser Kranken bieten weitere günstige Entwicklungsmöglichkeiten für die Tuberkulose. Da die ersten Erscheinungen der Tuberkulose durchaus subjektiv sind, und der Arzt im Beginn der Krankheit deshalb auf die Mitarbeit der Kranken bei seiner Diagnose angewiesen ist, muß das nega-

Digitized by Google

tivistische, mutazistische oder stumpfe Verhalten vieler Geisteskranker die rechtzeitige Erkennung der Krankheit verhindern. Wird aber die Tuberkulose bei Geisteskranken nicht rechtzeitig erkannt, so muß die intime Berührung der Kranken untereinander in den oft stark gefüllten Abteilungen und die notorische Unsauberkeit vieler Geisteskranker die Verbreitung der Krankheit auf die Umgebung zur Folge haben. Man hat in den Fachzeitschriften die verschiedensten Vorschläge gemacht, um die Gefahr abzuwenden. *Ilberg* führte in seiner 1928 erschienenen, im Literaturverzeichnis aufgeführten Veröffentlichung aus, daß durch die aktivere Arbeitstherapie, besonders Arbeit im Freien, Turnen, Spiele und Atemgymnastik die Disposition zu Tuberkulose herabgesetzt wird. Er betonte auch die Schädlichkeit der Überfüllung von Anstalten und hob die Wichtigkeit der sofortigen Röntgenuntersuchung von Verdachtsfällen und die Notwendigkeit der Umgebungsuntersuchung bei Herausfindung von Tuberkulösen hervor. Auch empfahl *Ilberg* dringend, in Sachsen alle tuberkulösen Geisteskranken in mehreren Anstalten zu zentralisieren zum Schutz vor Ansteckung der Umgebung und im Interesse der Heilung der Tuberkulösen. Dieser Vorschlag hat zur Verwirklichung geführt, indem auf Anordnung des Ministeriums 1930 die offen-tuberkulösen Frauen der sächsischen Landesanstalten in der Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch und die tuberkulösen Männer in der Anstalt Hubertusburg zentralisiert wurden. In Untergöltzsch waren zunächst 36 Plätze vorgesehen; da diese nicht ausreichten, wurde die Vergrößerung der Tuberkulösen-Abteilung in die Wege geleitet. Über die in Hubertusburg neu eingerichtete Abteilung für geisteskranke offen-tuberkulöse Männer soll im Folgenden ausführlicher berichtet werden.

Die Anstaltsdirektion Hubertusburg hatte schon mehrere Jahre vorher alle tuberkulösen und auf Tuberkulose verdächtigen Frauen, die in Hubertusburg in größerer Zahl vorhanden waren, in einem neben der Typhusbazillenausscheiderbaracke gelegenen, etwa 50 Kranke fassenden zweistöckigen Hause isoliert. Dieses Haus wurde von der Kommission, die vom Ministerium mit der Auswahl geeigneter Unterbringungsräume für die Aufnahme tuberkulöser Kranker beauftragt war, für geeignet befunden, weil es von der übrigen Anstalt abgesondert liegt, mit den zwei Typhusausscheiderbaracken ein besonderes Infektionsviertel bildet und große Gärten mit Liegehallen besitzt. Es wäre natürlich vorteilhafter gewesen, ein neues Haus zu bauen, das allen modernen Anforderungen Rechnung getragen hätte. Das verbot aber die Finanzlage, auch wäre im Infektionsviertel für ein neues, größeres Haus kein Platz gewesen. Es

Digitized by Google

mußte demnach mit den vorhandenen Einrichtungen des Hauses, die, soweit möglich, noch verbessert wurden, vorläufig ausgekommen werden. Es fehlen vor allem Veranden für Schwerkranke, die nicht die Treppen herunter in die Liegehallen der Gärten getragen werden können. Es ist geplant, bei Besserung der Finanzlage an den südwestlichen Giebel des Hauses einen Anbau anzufügen, der im ersten und zweiten Stock Veranden enthält. Ein weiterer Übelstand besteht darin, daß infolge Platzmangels und des Fehlens zweier Ausgänge im zweiten Obergeschoß es nicht möglich ist, vier getrennte Abteilungen für ruhige und unruhige Offen-Tuberkulöse, sowie ruhige und unruhige Geschlossen-Tuberkulöse einzurichten. Wir mußten uns damit begnügen, vor allem die Offen-Tuberkulösen von den Geschlossen-Tuberkulösen und Tuberkuloseverdächtigen zu trennen, indem wir die ersteren in den zweiten, die letzteren in den ersten Stock verlegten. Unruhige und ruhige Kranke konnten wir nur so trennen, daß wir die Unruhigen in den am Ende der Korridore gelegenen Wachsälen, die Ruhigen in den übrigen Räumen unterbrachten und hierbei die Kranken möglichst nach ihren Eigenheiten sonderten. Es wird so einigermaßen die Störung der Ruhigen durch die Unruhigen vermieden, volle Befriedigung gewährt die Einrichtung aber nicht. Wir hoffen, den Mangel durch den später geplanten Anbau verbessern zu können.

Das mit Zentralheizung und elektrischer Beleuchtung versehene Haus weist 40 Krankenplätze auf. Es wurde für richtig gehalten, das Pflegepersonal im Hause wohnen und schlafen zu lassen. Zum Schutze des Personals wurden die Personalräume von den Krankenräumen völlig getrennt. Das Erdgeschoß wird durch eine verschließbare Türe in zwei Hälften geteilt, die jede besonderen Zugang haben. In der ersten Hälfte befinden sich Wohn- und Schlafräume, Küche und Speisezimmer des Personals, sowie Arztzimmer. In der zweiten Hälfte liegen Bäder für Kranke und Personal, Wäschesammel- und kochraum, Isolierzimmer, Klosetts, sowie ein größeres Röntgenzimmer mit Dunkelkammer. Außerhalb des Korridors unter der massiven Treppe befindet sich der Filmaufbewahrungsraum, der mit Entlüftungsleitung versehen und durch eine eisenbeschlagene Türe mit Selbstschließer abgeschlossen ist.

Der von der Firma Koch & Sterzel, Dresden bezogene Ventil-Diax-Röntgenapparat entspricht allen berechtigten Ansprüchen. Nach Aussage des Röntgenarztes Reg.-Med.-Rat Dr. *Schmitt* kommen wir mit unserer Apparatur für Durchleuchtungen mit den sehr geringen Strömen von 2 Milliampère aus und benötigen als Belichtungszeit für Lungenfernaufnahmen in 1,50 m Abstand 0,3 Sekunden. Unsere Aufnahmen werden im all-

Digitized by Google

gemeinen klar und scharf. Auch für Knochen- und Gelenkaufnahmen, für die in einer Heil- und Pflegeanstalt immer Bedürfnis besteht, erweist sich der Apparat als durchaus brauchbar. Es ist hierfür aber neben dem Universal-Skiaskop die Beschaffung eines einfachen Röhrenstativs für Knochenaufnahmen zu empfehlen. Wegen der Hochspannungsgefahr wird die Firma Koch & Sterzel in der nächsten Zeit an Stelle der jetzt üblichen Müller-Media-Metallixröhren hochspannungsgeschützte Röntgenröhren liefern, was für die Aufnahme von Geisteskranken, die plötzlich unruhig werden und durch Beschädigung des Apparats in Gefahr kommen können, sehr wichtig ist. Zu bemerken ist noch, daß der Apparat nur für diagnostische Zwecke, dagegen nicht für therapeutische Aufgaben verwendbar ist. Für die Bedürfnisse der Irrenanstalt und des Tuberkulosehauses reicht der Apparat vollständig aus.

Zum Schutz gegen Hochspannungsgefahr wurden vom Röntgenarzt Vorschriften verfaßt, die dem Personal eingeschärft werden. Da sie Anstalten interessieren werden, die sich einen Röntgenapparat anschaffen wollen, sollen sie hier angeführt werden:

»Jeder Röntgenraum ist seiner Natur nach ein Hochspannungsraum mit allen Gefahren, die in einem solchen vorhanden sind. Während an sich das Betreten eines Hochspannungsraumes nur für fachkundigen Personen erlaubt ist, müssen in dem Röntgenraum Kranke untersucht werden und Pflegekräfte verkehren, die zumeist von den Gefahren der Hochspannung nichts wissen. Um Unglück zu verhüten, wird strengste Beachtung folgender Bestimmungen angeordnet:

1. Teile der Röntgenapparatur und der Stromzuleitung dürfen außer vom Arzt und der Röntgenschwester von anderen Personen nicht berührt werden.
2. Beim Betreten des Röntgenraums zur Vornahme von Aufnahmen und Durchleuchtungen sind Pflegepersonen jedesmal kurz auf die Gefahr der Hochspannung und Vermeidung von Berührungen hinzuweisen.
3. Bei unruhigen Kranken dürfen keine Aufnahmen oder Durchleuchtungen vorgenommen werden. Die Abteilung, auf der die betreffenden Kranken untergebracht sind, hat vor jeder Röntgenuntersuchung in geeigneter Weise eine Beruhigung herbeizuführen.
4. Kranke, die vorher unruhig waren oder bei denen Erregungszustände zu befürchten sind, müssen von mindestens zwei Pflegepersonen begleitet werden.
5. Durchleuchtung von zur Erregung neigenden Kranken soll möglichst mit Rotlicht und grünem Ossalschirm erfolgen.

Digitized by Google

6. Die Türen des Röntgenraums, der Dunkelkammer und des Filmaufbewahrungsraums sind während des Betriebs und außerhalb desselben stets verschlossen zu halten.
7. Bei unvorhergesehenen Zufällen ist sofort der Apparat durch Betätigung des Hauptschalters stromlos zu machen. Dann erst ist der Ursache der Störung nachzugehen.
8. Wenn Fehler und Störungen in der Apparatur bemerkt werden, ist diese bis zur Beseitigung des Fehlers nicht mehr zu benutzen. Der Betriebsleitung der Anstalt ist von solchen Störungen sofort Anzeige zu erstatten.
9. Die Einschaltung des Hochspannungsstroms bei Röntgenaufnahmen darf erst auf Anordnung des Röntgenarztes erfolgen.
10. Vor Benutzung des beweglichen Stativs ist jedesmal zu prüfen, ob die Erdleitung an dasselbe angeschlossen ist.
11. Bei Benutzung des Skiaskops als Trochoskop ist vor Stromeinschaltung zu prüfen, ob die Zugketten sich in ihrer normalen Lage befinden und nicht mit den Röhren oder der Hochspannungsleitung in leitender Verbindung stehen.«

Im ersten und zweiten Stock des Hauses befinden sich die Kranken- und Waschräume, Teeküchen und Bäder mit je einer Wanne für Schwerkranke, die nicht in das im Erdgeschoß liegende größere Bad transportiert werden können. Die Fußböden sind, um die Säuberung zu erleichtern, in den Krankenräumen und Korridoren mit Linoleum belegt. Ferner sind die Wände dieser Räume bis zur Höhe von 1,40 m, die Wände des Isolierzimmers bis zur Decke mit Ölanstrich versehen. Für das Pflegepersonal wurden in den Wachsälen Waschgelegenheiten mit fließendem Wasser eingerichtet, die in einem verschließbaren Schränkchen untergebracht sind. Ferner wurden in den Wachsälen durch Berührung mit den Türschlüsselenden zu betätigende Klingelanlagen geschaffen, die dazu bestimmt sind, im Notfall Hilfe herbeizurufen. Bei der Zimmerreinigung wird ein Staubsaugeapparat verwendet. Ferner wird auf Fliegenbekämpfung Wert gelegt.

Die Abwässer des Hauses gelangen mit denen der Typhusbazillenausscheiderbaracken in große, mit maschinellem Rührwerk versehene Desinfektionsgruben, in denen sie mit Kalkmilch desinfiziert werden; dann passieren sie mit den übrigen Anstaltswässern die biologische Kläranlage, fließen 1 km weit in einem offenen Graben und gelangen schließlich in einen größeren See.

Über die Behandlung der Wäsche und die Desinfektionsmaßnahmen soll kurz folgendes gesagt werden: Die Taschentücher der Schwerkranken werden in waschbaren Beuteln ver-

Digitized by Google

wahrt, die am Bett befestigt sind. Diese werden, ebenso wie die übrige schmutzige Wäsche, für vier Stunden in 5% Alkalysollösung gelegt, dann in Kochkesseln ausgekocht und schließlich dem allgemeinen Waschhaus übergeben. Die Kranken werden möglichst erzogen, beim Husten die Hand vorzuhalten und den Auswurf in Spuckgläser zu entleeren, deren Boden mit Wasser bedeckt ist. Die Spuckgläser werden, sobald sie zu drei Viertel gefüllt sind, in einem Eimer entleert. Dazu wird die doppelte Menge einer 5% Alkalysollösung gegeben und mit einem Holzstab umgerührt. Der Inhalt bleibt vier Stunden stehen und wird dann in den Abort entleert. Die geleerten Spuckgläser werden sofort im Kessel ausgekocht, dann mit Sodalösung und Sand gereinigt. Die Taschenspuckgläser der ins Freie gehenden Kranken werden ebenso behandelt. Auswurf auf dem Boden, der Bettdecke usw. wird sofort mit Papier aufgenommen, das verbrannt wird. Bei gröberer Verunreinigung wird die Wäsche gewechselt. Der Fußboden, sowie die beschmutzte Umgebung der Krankenbetten wird täglich mit lauwarmer Lösung von neutraler Seife abgewaschen. Einmal wöchentlich wird der Fußboden mit Terpentin gereinigt, dann gebohnert. Wichtig ist, daß der Staub von der feinen Wachsschicht gebunden wird. Die Abortsitze und Sitze der Nachtstühle werden öfters mit 5% Alkalysollösung abgewaschen. Die Türklinken werden mehrmals täglich mit 5% Alkalysollösung abgewaschen (nicht gebürstet, um Spritzen zu vermeiden). Die Kranken sollen täglich den Mund spülen und die Zähne reinigen. Für jeden Kranken befindet sich im Waschraum, mit Nummer versehen, Aluminiumtopf, Zahnbürste und Handtuch.

Über die wichtige Personalfrage ist zu sagen, daß wir bei den tuberkulösen Männern bisher weibliches Personal verwendet haben, weil dieses für die Pflege der zahlreichen Schwerkranken geeigneter ist, und weil wir Mangel an Familienwohnungen für Pfleger haben, während wir weibliches Personal eher unterbringen können. Zum Schutz der Schwestern gegen gewalttätige Tuberkulöse haben wir uns genötigt gesehen, tagsüber einen Pfleger in der Abteilung zu verwenden und nachts einen Pfleger als Bereitschaft schlafen zu lassen. In der letzten Zeit haben wir Schwierigkeiten gehabt, genügend Wärterinnen für den Dienst auf der Tuberkuloseabteilung zu finden. Viele suchen sich diesem Dienst aus Furcht vor Ansteckung zu entziehen. Daran ändern auch nichts gewährte Vergünstigungen, z. B. Kostzulagen, Urlaubsverlängerung und die zum Schutz des Personals getroffenen Sicherungsmaßnahmen. Daß Pflegepersonen auf den Abteilungen für Offen-Tuberkulöse besonders gefährdet sind, muß zugegeben werden. Nach der auf Er-

Digitized by Google

fahrungen des Reichsgesundheitsamts beruhenden Statistik von *Hamel* hat die gesteigerte Morbidität des Pflegepersonals auf Lungenkrankenabteilungen verschiedene Ursachen. »Zum Teil handelt es sich dabei sicher nur um endogene Reinfektionen, die durch die mit der Krankenpflege verbundenen körperlichen und seelischen Anstrengungen ausgelöst worden sind; das ergibt sich vor allem daraus, daß in den meisten Fällen die Erkrankung in der allerersten Zeit der Pflegetätigkeit und oft auch ohne besondere Infektionsgefährdung zum Ausbruch kommt, und daß bis dahin an Arbeit nicht gewöhnte Angehörige wohlhabender Stände besonders betroffen werden. Darüber hinaus aber muß doch offenbar auch die Superinfektion eine wesentliche Rolle spielen, da innerhalb des Pflegepersonals diejenigen Gruppen, die der Infektionsgefahr besonders ausgesetzt sind, höhere Morbiditätsziffern aufweisen.« Es muß daher schon bei der Auswahl des Personals größte Vorsicht beobachtet werden. Personen, die allgemeine Schwäche, stärkere Blutarmut, grobe Organfehler, ausgeprägte Asymmetrie des Brustkorbs oder ein Herz aufweisen, das schon bei geringen Anstrengungen versagt, sind auszuschließen. Ebenso sind Personen als ungeeignet anzusehen, die soeben schwere Krankheiten, besonders solche der Atmungsorgane durchgemacht haben, oder solche, bei denen Verdacht auf Lungen-, Drüsen-, Knochen- und Gelenktuberkulose vorliegt. Es sind also nur klinisch sicher Gesunde zur Pflege Tuberkulöser zuzulassen, Tuberkulöse sind abzuweisen, da nach *Bräuning* bestehende Tuberkulose durch Superinfektion verschlechtert werden kann. Ferner empfiehlt es sich nach *Cobet*, zum Dienst bei Tuberkulösen nicht Personen heranzuziehen, die überhaupt noch nicht mit Tuberkulose infiziert und daher Pirquetnegativ sind, weil diese der Ansteckungsgefahr viel leichter unterliegen und weil im Falle der Erkrankung gewöhnlich mit einem besonders ungünstigen Verlauf zu rechnen ist. Mit der sorgfältigen Auswahl des Personals haben wir aber noch nicht genug getan, wir müssen dem Personal vielmehr während seiner ganzen Tätigkeit besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Das Körpergewicht des Personals wird deshalb monatlich einmal, bei Gewichtsabnahme öfters geprüft. Bei Verdacht auf Tuberkulose wird die Temperatur festgestellt, besonders nach einstündigem Spaziergang. Bei ernsthaftem Verdacht auf Tuberkulose wird die Pflegeperson vom Dienst befreit. Ferner wird das Personal alle halben Jahre auf der Lunge untersucht, auch wenn es keine Beschwerden äußert. Nach $^1/_2$jähriger Dienstzeit wird das Personal abgelöst, nur die Stationsschwester darf auf ihren Wunsch bis 2 Jahre bleiben, wenn sie ihre Gesundheit nachweist. Weiter wird dem Personal vom Stationsarzt Unter-

Digitized by Google

richt über Infektionskrankheiten, die Verbreitungswege der Tuberkulose, die Schutzmaßregeln gegen Ansteckung sowie die Handhabung der Desinfektion erteilt. Im Krankenzimmer trägt das Personal waschbare Mäntel, die wöchentlich mehrmals gewechselt werden. Ferner führt das Personal in auskochbarer Tasche eine breite Mullbinde bei sich, die beim Bettmachen vorgebunden wird. Auch wird das Personal angehalten, nach Berührung mit infektiösem Material sich sofort die Hände mit Lysoformlösung zu desinfizieren und bei grober Verunreinigung ein Bad zu nehmen. Ist das Personal bei der Nachtwache von Kranken angespuckt worden, kann es durch die beschriebene Klingelanlage Hilfe herbeirufen, um sich im Wachsaal sofort waschen zu können. Weiter wird das Personal ermahnt, bei Husten und Nießen der Kranken den Kopf abzuwenden und die Hand vorzuhalten, sowie unnötige Annäherung an die Kranken zu vermeiden. Bei starken Hustenstößen der Kranken soll das Personal zur Hilfeleistung von der Kopfseite her an den Kranken herantreten. Nach dem Dienst desinfiziert das Personal in dem dazu bestimmten Bad die Hände, wäscht eventuell auch das Gesicht, legt den waschbaren Mantel ab und betritt erst dann Wohn- und Eßzimmer. Das Essen wird stets in einem besonderen Zimmer der Personalabteilung, das Waschgelegenheit mit fließendem Wasser aufweist, eingenommen. Kranke dürfen dieses Zimmer nie betreten. Endlich wird das Personal ermahnt, um sich widerstandsfähig zu erhalten, ausreichend Nachtruhe einzuhalten, in der freien Zeit sich viel in freier Luft zu bewegen, in vernünftiger Weise Sport zu treiben, täglich Frei- und Atemübungen am offenen Fenster vorzunehmen und sich durch kalte Abreibungen abzuhärten. Das Personal erhält besondere Kostzulagen und auf Wunsch verlängerten Urlaub. Daß die angeführten Vorsichtsmaßregeln notwendig sind und daß auf ihre genaue Durchführung gedrungen werden muß, ist dadurch erwiesen, daß sich während des Bestehens der Abteilung drei Wärterinnen auf der Tuberkuloseabteilung infiziert haben. Bei der einen stellte sich nachträglich heraus, daß sie sehr unvorsichtig gewesen war und die Vorschriften nicht befolgt hatte. Da nach den hiesigen Erfahrungen demnach trotz aller Vorsichtsmaßregeln mit der Möglichkeit einer Infektion von Pflegepersonen gerechnet werden muß, sind rechtzeitig alle Unterlagen für später etwa nötig werdende Begutachtungen zu beschaffen. Es empfiehlt sich, bei Einstellung von Personal auf der Tuberkuloseabteilung stets ein Röntgenbild der Lunge herzustellen und dieses aufzuheben, damit es bei späteren Entschädigungsansprüchen zum Vergleich dienen kann. Über den sonstigen Einstellungsbefund, etwaige spätere Beschwerden oder Krankheiten

Digitized by Google

des Personals, sehr unvorsichtiges, den Vorschriften wiedersprechendes Verhalten während oder außerhalb des Dienstes usw. sind Aufzeichnungen zu machen, die ebenfalls aufzuheben sind.

Bei der Begutachtung der Erkrankung einer Pflegeperson an Lungentuberkulose ist nach *Cobet* zunächst zu entscheiden, ob eine Metastasierung oder eine Superinfektion vorliegt. Nur in letzterem Falle kann nach *Cobet* eine Berufserkrankung anerkannt werden, während in Fällen, wo lediglich andere Schädigungen dienstlicher Art, wie Überanstrengungen und dergleichen den Ausbruch der Erkrankung verschuldet haben, Ansprüche nicht ohne weiteres berechtigt erscheinen. Eine auf Metastasierung beruhende Lungentuberkulose kann aber dann als entschädigungspflichtig angesehen werden, wenn die Reaktivierung mit Wahrscheinlichkeit durch eine andere Infektionskrankheit (z. B. Grippe), die ihrerseits als berufliche anzusehen ist, hervorgerufen wurde. In der Regel müssen nach *Cobet* zur Anerkennung einer Lungentuberkulose als Berufskrankheit folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

1. Müssen bei der bis dahin klinisch gesunden Person Zeichen eines frischen Lungenherdes einwandfrei nachweisbar sein.

2. Muß der Betroffene bei seiner dienstlichen Tätigkeit Gelegenheit gehabt haben, längere Zeit oder einmal sehr reichlich Tuberkelbazillen in sich aufzunehmen.

3. Muß der zeitliche Zusammenhang zwischen dem Ausbruch der Erkrankung und dieser Tätigkeit gewahrt sein. Hier entstehen der Beurteilung allerdings öfter Schwierigkeiten, da wir bei Tuberkulose eine bestimmte Inkubationszeit nicht kennen. Bei dem meist schleichenden Beginn muß mit einem Spielraum zwischen einigen Wochen und mehreren Monaten (höchstens ein halbes Jahr) gerechnet werden.

Digitized by Google

(Aus der Landesheilanstalt Hubertusburg, Wermsdorf i. Sa. Direktor: Obermedizinalrat Dr. *Dost*.)

Katamnesen der Täter in einem außergewöhnlichen Mordfall.

Von

A. Esser.

Bretschneider u. *Raestrup* haben in Arch. f. Kriminol. Bd. 83 einen Mord geschildert, der, wie die Verf. bemerken, hinsichtlich seiner Brutalität und Rohheit seinesgleichen sucht[1]). Es handelt sich kurz um folgendes (Einzelheiten seien im Original nachgelesen):

Eine Frau erschlug unter Beihilfe ihres Bruders und ihres damals 11jährigen Sohnes den Ehemann, von dem sie seit längerer Zeit getrennt lebte und von dem teils konfessionelle, teils pekuniäre, teils sexuelle Gründe sie innerlich schon längst geschieden hatten. Die Tat war in der umfangreichsten Weise planmäßig vorbereitet worden (Entfernen der elektrischen Sicherungen, breiteste Vorsorge, daß die Wohnung gegen Licht und Schall abgedichtet war, Beschaffung scharfer Messer und Beile, bewußte Anlockung des Opfers durch den Sohn und dergl.) und wurde in der rohesten Weise mit Messern und Beil ausgeführt. Anschließend wurde die Leiche zerstückelt: als die Polizei über der Tat eindrang, fanden sich Kopf und Arme der Leiche in halbgekochtem Zustand in einem mit heißem Wasser gefüllten Waschkessel, die Beine waren halb abgeschnitten, das abgetrennte Genitale lag in einem Ausguß[2]). Die in flagranti ertappten Mörder leugneten die Tat ab. Interessant ist dabei das Verhalten der Frau: »In kurzer Entfernung von dieser zerstückelten Leiche bewegte sich auf dem blutbedeckten Steinboden die Ehefrau des Erschlagenen. Ihre Hände und Kleider waren über und über mit Blut besudelt, ihr Gesicht mit frischen Blutflecken bedeckt. Sie stieß zunächst unartikulierte Laute aus, dann rief sie: Räuber, — Mörder — zwei — drei — ich waschen — tot — kaputt — durchs Fenster... Dabei versuchte sie ihre unbeschuhten Füße in das Feuerloch des hellbrennenden Ofens zu stecken[2]). Der Mord selbst und seine Motive lagen so klar, daß das

[1]) Aus äußeren Gründen ist es mir leider nicht möglich, an dieser Stelle den verschiedensten Behörden und Privatpersonen, denen ich ein umfangreiches Teil meines Materials verdanke, meinen Dank durch Namensnennung und Hinweise auszusprechen. Ich weise weiter darauf hin, daß alle durch Buchstaben wiedergegebenen Namen sowohl von Personen wie Orten fingiert sind. Jedesmal wurde für die gleiche Person oder den gleichen Ort selbstredend der gleiche Deckbuchstabe gewählt. Die Frau ist mit W, der Bruder mit X (entsprechend der *Bretschneider-Raestrup*schen Veröffentlichung), der Sohn von mir mit Y bezeichnet.

[2]) Von mir gesperrt.

Digitized by Google

Gericht das Todesurteil über die Mörderin und ihren Bruder aussprach, während der Junge der Fürsorgeerziehung überwiesen wurde.

Das Todesurteil wurde für beide Mörder in lebenslängliche Zuchthausstrafe umgewandelt. Vom Zuchthaus aus wurde die Frau (W) mehrfach der hiesigen Anstalt überwiesen und befindet sich seit Februar 1928 ununterbrochen hier. Der Bruder (X) ist gleichfalls mehrfach einer Anstalt überwiesen worden und befindet sich z. Zt. (Oktober 1931) wieder in einer solchen. Das psychische Verhalten von W hat sich nun in den der Tat folgenden Jahren so eigenartig ausgestaltet, daß eine eingehende Würdigung des ganzen Falles heute berechtigt erscheint. Schon aus Vergleichsgründen schien es mir dabei nicht unwichtig, auch das weitere Leben von X und Y — soweit mir dies möglich war — zu meiner Kenntnis zu bringen und mitzuverarbeiten.

Ich schildere zunächst den gesamten Lebenslauf von W und X eingeteilt nach Jahren.

1. Bis zum Jahre 1913. W und X wurden in den achtziger bzw. neunziger Jahren in Russisch-Polen als Kinder von Gutsbesitzern geboren. W berichtete mir im August 1931 hierüber: die Eltern hätten ein größeres Gut gehabt, von dem die Familie bequem habe leben können. Die Geschwister des Vaters und der Mutter seien »so kleine Leute, wie man das nennt«, gewesen, »Handwerker, Schneider und so«. Man habe sich wenig um diese Verwandten gekümmert, so wisse sie auch nicht, was aus ihnen geworden sei. Großvater väterlichseits sei auch Gutsbesitzer gewesen, Großvater mütterlicherseits Arzt. Ob jemals Nervenkrankheiten in der Familie vorgekommen seien, sei ihr nicht bekannt. (Objektiv ist hierüber nichts in Erfahrung zu bringen gewesen).

Als der Vater starb, sei sie 6 Jahre alt gewesen. Sofort habe die Mutter den größten Teil des Bodens und des Inventars verkauft und nur so viel zurückbehalten, daß sie mit den Kindern eben habe leben können. »Wir haben uns eben kleiner gesetzt«. Das Leben sei damals recht traurig geworden, die Mutter habe viel geweint. Sie seien alle sehr religiös erzogen worden, die Mutter habe gesagt: »Verdient wenig und spart mit dem Pfennig, dann habt ihr mehr, als wenn ihr reich wärt. Fürchtet immer Gott und bleibt ehrlich.« Das seien so die Grundsätze der Erziehung gewesen, wie sie mit Stolz sagen dürfe, Grundsätze, denen sie ihr Leben lang treu geblieben sei.

Die Schulverhältnisse seien unter dem Druck der Russen in Polen stets sehr schlecht gewesen. So sei es gekommen, daß sie kaum etwas gelernt habe. Nach des Vaters Tode sei aus wirtschaftlichen Gründen das Halten eines Hauslehrers leider nicht mehr möglich gewesen, und sie habe 2 Jahre lang die Dorfschule besucht, die aber nur im Winter gehalten worden sei. Daß sie so gut wie nichts habe lernen können, sei ihr schon als Kind schmerzlich gewesen.

Im Alter von 18 Jahren sei sie erstmalig nach Deutschland gekommen. »Wir waren so verkommen an Familie und so, und das hat meine Mutter geniert und sie hat uns fortgeschickt. Wenn man anständig ist, dann kommt man in aller Welt durch.« Sie sei zu einer Verwandten nach A. gefahren und dort $^1/_2$ Jahr als Besuch geblieben. Der älteste Bruder sei zu

Digitized by Google

ihrem Schutz und um sich ebenfalls in Deutschland umzusehen, dabei gewesen. »Wir sollten erst mal Deutsch sprechen lernen, damit wir von den deutschen Kreisen bissel Ahnung haben.« Sie habe deshalb zweimal wöchentlich deutschen Unterricht bekommen und dadurch das Sprechen gut gerlernt, aber mit dem Schreiben »hapert es bis heute«. Nach dem Aufenthalt in A. sei sie auf 4 Wochen zu ihrer Mutter zu Besuch gefahren und dann gleich und zwar für immer nach Deutschland zurück (1904). Sie sei in Begleitung des ältesten Bruders verblieben, der die Aufgabe gehabt habe, für sie zu sorgen und der dieser Aufgabe sehr gut nachgekommen sei. Sie habe sich gleich Stellung gesucht und sei zunächst in einer Postkartenfabrik beschäftigt gewesen. Später habe sie Weißnähen gelernt und sei von da ab stets in den verschiedensten Nähtereien beschäftigt gewesen. Der Beruf habe ihr viel Freude gemacht. »Ich bin nie außer Stellung gewesen und habe ein schönes Geld verdient.« Sie habe mit ihrer Arbeit das nötige Geld zusammensparen wollen, um Nonne zu werden. »Ich dachte mir: dann ist wenigstens für dich gesorgt, und wenn ich sterbe, dann bin ich wenigstens allein und habe niemandes in die Welt gesetzt. Ich hatte vor einer Heirat Angst.« Sie habe von ihrem Pfarrer erfahren, daß sie zu diesem Plan 1000 M. bar, eine lebenslängliche Wäscheausstattung und einige Möbel brauche. 1913 sei bis auf die Möbel alles zusammengespart gewesen. Da habe sie eines Tages ihren späteren Ehemann kennen gelernt. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sie nie »nach Herren umgeguckt«. »Ich war überhaupt nicht fürs Ausgehen. Gelegentlich haben mich mal bekannte katholische Fräuleins mit raus genommen, das war alles.« Als sie so eines Tages im »Theater« gewesen sei mit einer bekannten Familie, da sei der W auch dagewesen und habe mit dieser Familie gesprochen. »So ist es gekommen. Ich weiß selbst nicht wie.« Zuneigung für den Mann habe sie nie in ihrem Leben verspürt. Aber sie habe den W des öfteren gesehen »auf dem Kirchgang und so, ich weiß selber nicht, wo der immer herkam«. W habe ihr dann immer sein Leid geklagt: er stehe allein, es gehe ihm so schlecht, er verdiene so wenig. Vor lauter Mitleid habe sie ihm Geld gepumpt, bis es nachher 100 M. gewesen seien. Eines Tages habe er sie dann unter dem Vorwand, seine Wirtin habe Geburtstag, und sie sei miteingeladen, zu sich in die Wohnung »gelockt«. Da sei aber kein Mensch gewesen und nun habe sich der Mann förmlich an ihr »vergriffen«. Wie es gekommen sei, wisse sie nicht im einzelnen. »Der war schlau, womöglich hat er mir was zu riechen gegeben.« Jedenfalls habe er sie vergewaltigt. Auf Grund dieses Geschlechtsverkehrs habe sie den Plan, Nonne zu werden, aufgegeben, »ich hatte ja meine Ehre verloren«. Der Mann sei weiter hinter ihr her gelaufen, sie habe ihm auch weiter Geld geliehen, aber zum Geschlechtsverkehr sei es nicht mehr gekommen. Nach einiger Zeit habe sie aber das Drängen des Mannes satt gehabt und sei zu ihm gezogen. Sie habe das nur getan, weil sie mietefrei habe wohnen können und darin die einzige Möglichkeit gesehen habe, wieder zu ihrem Gelde zu kommen. Sie habe nicht in einem Zimmer mit ihm gewohnt, sondern nur in einer Wohnung. Trotzdem habe er sie abermals »vergewaltigt«. »Da konnte der auch nicht für. Das war eben die Natur. Es gab eben Momente, wo der so sehr überreizt war, und dann konnte der sich nicht mehr beherrschen.« Von diesem zweiten Verkehr sei sie schwanger geworden. »Da ich nun hörte, daß ein unehelicher Junge nicht Beamter werden darf und nicht Pfarrer, und

Digitized by Google

nicht studieren darf, habe ich den W geheiratet.« Sie habe nämlich vom ersten Augenblick an den Wunsch gehabt, daß das Kind, wenn es ein Junge sei, katholischer Priester werden solle. »Ich dachte mir, einen Menschen auf die Welt schaffen, ohne daß er Brot später hat, das ist nichts. Wenn er Pfarrer ist, dann ist er wenigstens ein ordentlicher Mensch, hat studiert, und weiß deshalb, daß er wenigstens ein Mensch ist und kann die Familie nicht vermehren. Denn einen Menschen in die Welt setzen, ohne das nötige Brot für ihn zu haben, das ist nichts.« Aus diesen Gründen sei ihr seit der Eheschließung der Junge das wichtigste gewesen. (Der Junge wurde 6 Tage nach Eheschließung geboren. Ref.) Nur im Hinblick auf das Kind habe sie »zu etwas kommen« wollen. Sie habe viel Geld verdienen, ein Haus erwerben wollen und dergl. nur in dem Gedanken, daß der Sohn über das Studium gebracht werden müsse. »Das würde ich erreicht haben, denn ich dachte mir: saubere Anzüge, Schulgeld und Studium, das erwerbe ich mir schon für den Jungen und wenn ich für mich selbst so wenig brauche wie möglich. Ich dachte mir: wenn Gott mich nur gesund läßt 28 Jahre. Bei der Einweihungsfeier des Bubi, da will ich gerne sterben. Wenn nur der Junge versorgt ist.« Daß bei solcher Lebensauffassung die Belange des Ehemannes vernachlässigt werden müßten, sei ihr stets klar gewesen. »Er hat aber immer seine Ordnung zu Hause gehabt und sein Essen, obwohl er leichtsinnig war, immer hübsch angezogen sein wollte und kein Wirtschaftsgeld gab. Er hat sich eigentlich nur um seine Werkstatt gekümmert, sonst um nichts. Vor allem nicht um den Jungen. Er ging ja auch bald in den Krieg, 1913 haben wir geheiratet, 1914 kam der Krieg.« Sie habe sich um den Mann gesorgt, während er im Feld war: »Ich hatte Angst, daß er invalide wieder käme. So etwas kann ich nicht sehen, ich bin zu weich.« Sie selbst sei während der Kriegsjahre mit Näharbeit fürs Heer beschäftigt gewesen und habe sehr gut verdient. Ihr Bruder X habe Ende des Krieges Deutschland freiwillig verlassen und habe ihr »etwas Geld und vor allem einen Koffer mit Wertgegenständen hinterlegt«. Die Wertgegenstände »hat er sich zusammengespart. Wenn mal einer in Not war, dann hat er diese Sachen zusammengekauft, manchmal um den 10. Teil des Wertes«.

Diese bisherigen Angaben der W vom August 1931 stimmen mit den objektiven Tatsachen im wesentlichen überein. Insbesondere ist die Unterstützung, die W ihrem späteren Mann vor der Ehe angedeihen ließ, richtig (sie besserte ihm auch die Wäsche aus), ebenso die Tatsache, daß sie erst nach der Schwängerung heiratete. Wichtig ist dabei, daß W streng katholisch war, der Mann dagegen protestantisch und daß die Trauung in der katholischen Kirche geschlossen wurde.

X war seit 1906 in Deutschland. Er selbst schreibt in einem Lebenslauf: »Bis 1918 war ich in verschiedenen Städten als Kellner tätig. 1918 habe ich mein Vermögen übergeben und bin zu den Deutsch-Polnischen Legionen in — eingetreten.« Dies ist objektiv richtig. Weiteres über sein Vorleben bis zum Jahre 1918, insbesondere über seine Geschäftsführung und seine Neigungen ist mir nicht bekannt geworden. Erwähnenswert ist noch eine unkontrollierbare Angabe des X, daß er sich in seinen Freizeiten autodidaktisch mit »Naturwissenschaften und Metaphysik« beschäftigt habe.

2. 1918—1924: Als der Mann aus dem Felde zurückkam, wurde das Eheleben rasch sehr schlecht. Von Anfang an waren die Verhältnisse nicht

Digitized by Google

gerade gut gewesen. Objektiv wurde darüber bekannt: der Mann erfreute sich bei seinen Bekannten und Kollegen fast allgemeiner Beliebtheit. Er wird als ruhiger, ordentlicher, nicht besonders begabter, aber strebsamer, etwas unentschlossener, leicht lenkbarer Mensch geschildert, der an seinem Jungen sehr hing, die katholische Tendenz der Mutter und insbesondere den Priestergedanken aber nicht gerne sah. Die Gatten schickten sich jedoch nie ineinander. Der Mann litt stark unter dem heftigen und in Worten ungezügelten Temperament der W und mag zweifellos auf seinen häufigen Ausgängen leichte Gesellschaft nicht verschmäht haben. Die W nahm an diesem Verhalten des Mannes Anstoß, er wurde ihr immer unsympathischer. Sie fürchtete auf der einen Seite geschlechtliche Ansteckung durch den Mann, war auf der anderen Seite sehr eifersüchtig, fühlte sich auch in pekuniärer Beziehung vernachlässigt und geschädigt. Es war schon im Anfang der Ehe zu heftigen Auseinandersetzungen gekommen.

So mußte das Jahr 1918 mit der Wiederaufnahme der ehelichen Beziehungen den Konflikt erneut heraufbeschwören. W berichtete mir darüber (August 1931): sie sei mit dem Mann wieder zusammengezogen, kurz darauf habe sie das erste Grundstück gekauft (Miethaus) und zwar von eigenen Ersparnissen sowie von solchen des X. Dieses Grundstück habe sie sofort auf den Namen des Sohnes schreiben lassen. »Er war eben der Erbe.« (Der Mann bezog zunächst Arbeitslosenunterstützung, trat dann bei der Reichswehr und später bei der Polizei ein. Er wohnte zeitweise in der Kaserne. Ref.) Daß der Mann an dem Grundstück Rechte haben solle, habe sie nicht gewollt. Um weiteres Geld zu verdienen, habe sie einen Handel mit Postkarten angefangen, sei aber 1923, als das deutsche Geld immer weniger geworden sei, nach Holland gegangen »um wertbeständiges Geld zu verdienen«. Dort sei sie $^1/_2$ Jahr gewesen, habe teils als Stütze in Haushalten gearbeitet, teils mit seidenen Schals gehandelt. Ihre »Ersparnisse« (objektiv: W hat in Holland nebenbei den größten Teil der von X hinterlegten Wertsachen verkauft. Ref.) habe sie dem Manne geschickt mit dem Auftrag, ein zweites Grundstück zu kaufen und auf ihren Namen schreiben zu lassen. Der Mann habe aber das 2. Grundstück auf seinen Namen schreiben lassen. Als sie abgereist sei, habe sie den Jungen beim Vater gelassen und dafür gesorgt, daß eine »ehrbare Frau den Haushalt führte«. Der Mann habe sich aber bald eine andere Frau ins Haus genommen und nun »war das Haus nicht mehr rein«. Zudem habe sie durch den Jungen die Mitteilung bekommen, daß der Vater das Grundstück auf seinen Namen habe schreiben lassen. Der Junge (damals 9 Jahre alt! Ref.) habe dieses aus den Akten des Hauses ersehen. Sie sei sofort nach Deutschland zurück, zumal sie auch gemerkt habe, daß sie in Holland »nicht mehr so gut voran kam« mit dem Verdienen. Zusammen mit dem Jungen habe sie sich dann von der Tatsache überzeugt, daß der Vater sich als Besitzer des neuen Hauses habe eintragen lassen. »Wir haben in seiner Abwesenheit den verschlossenen Schreibtisch aufgemacht und da stand das tatsächlich in dem Kaufakt.« Sie habe sofort die Umschreibung vornehmen lassen. »Es kam zu Zwistigkeiten und mein Mann ist weggezogen zu derselben, die er früher ins Haus nahm. Das war mir ganz recht so.« (1924.) Sie habe dann vorgehabt, in dem Laden ihres Hauses ein Lebensmittelgeschäft aufzumachen, aber dazu sei sie nicht gekommen. »Der Mann war für mich eine fortwährende Sorge und Unruhe und schließlich wurde ich krank und brach zusammen.« »Ich hatte so Nerven-

Digitized by Google

zittern und wurde ganz gedankenschwach. Ganz zerstreut. Die Gedanken waren wie fort.« (Halluzinationen und Wahnideen werden für diese Zeit bei vorsichtigem Fragen des Ref. negiert.) Die Wertgegenstände des X habe ihr Mann, während ihrer holländischen Zeit so nach und nach verkauft, sie habe nichts davon gewußt. (Objektiv unrichtig. S. o. Ref.) Daß X später behauptet habe, sie habe diese Gegenstände verkauft, wisse sie. Das habe aber einen anderen Zusammenhang. »Er hat gesagt: Du bist verantwortlich, denn Dir habe ich die Sachen hinterlegt.«

Anfang 1924 erfolgte die Trennung der Eheleute. Der Mann verließ die Wohnung und strengte die Ehescheidungsklage an. Er hatte die Absicht, eine andere Ehe zu schließen. Dieser Scheidungsprozeß verbitterte die W maßlos, ganz besonders die Tatsache, daß der Mann den Sohn für sich beanspruchte. Von je war über den zänkischen und unverträglichen Charakter der W von den Mietern der Häuser Klage geführt worden, insbesondere über ihren maßlosen Jähzorn und ihre Reizbarkeit. Sie neigte den eigenen Mietern gegenüber zu den übelsten Schikanen, gebrauchte die gemeinsten Schimpfwörter und schreckte auch vor Tätlichkeiten nicht zurück. Die Folge waren schon früher Beleidigungsklagen, in denen die W bestraft wurde, auch wegen Körperverletzung war sie vorbestraft. Nach der Trennung vom Mann machte sie ihrem Abscheu gegen diesen jedem gegenüber in der unverhohlensten Weise Luft: er sei ein Säufer, Lump, Hurenkerl, Satan, sie möchte ihn mit seiner Hure am liebsten massakrieren. Sie möchte dem Kerl am liebsten den Geschlechtsteil herausreißen und ins Gesicht werfen, sie wünsche, daß sich die Erde auftue und den protestantischen Hund verschlinge. Sie betete sogar zu Gott, daß er den Mann durch eine Elektrische umbringe. Am liebsten sehe sie ihn beseitigt oder wolle ihn selbst umbringen. »Hier vor mir könnte ich ihn verrecken sehen.« Bei den Verhandlungen des Ehescheidungsprozesses zeigte sie eine »rasende Eifersucht« auf eine bestimmte Frau, die sie als die Geliebte des Mannes ansah, beschimpfte sie in der übelsten Weise und versuchte sogar während der Verhandlung tätlich gegen sie zu werden. Sie versuchte die Zeugen hinsichtlich ihrer Aussagen zu beeinflussen. Ihre »Maßlosigkeit und ihr Fanatismus«, mit dem sie den Prozeß betrieb, fielen damals stark auf.

X hatte während dieser Zeit (bis Ende 1920) der Deutsch-Polnischen Legion angehört, war dann in Polen Kriminalbeamter geworden. 1922 heiratete er ein vermögensloses Mädchen, mit der er eine sehr glückliche Ehe geführt haben soll. »Geheiratet habe ich am — besonders tugendhaftes Fräulein, 17 Jahre alt, aus achtbarer Familie« schreibt er in dem schon genannten Lebenslauf. Beide Eheleute waren ungemein auf ihr Fortkommen bedacht, sie besuchten Gymnasialkurse, um sich auf die Reifeprüfung vorzubereiten. Aus Gründen des Fortkommens hatte X auch die Absicht, nach dem Kriege nach Deutschland zurückzukehren, um sein der W anvertrautes Gut abzuholen. Diese Absicht scheiterte, da er keinen Paß zur Ausreise bekam. Wiederholte Anfragen nach dem Gelde ließ die W unbeachtet. Schließlich antwortete sie, daß sie sich im Elend befinde, ihr Mann wolle sie um alles bringen. Sie ließ sogar Selbstmordabsichten durchblicken. Auf ein Telegramm hin, welches die W durch eine Freundin an X gehen ließ (»Komme sofort. Haus in Gefahr«), reichte dieser abermals Urlaub ein, den er diesmal bewilligt bekam. Im Oktober 1925 kam er bei seiner Schwester an und von nun an verläuft beider Schicksal gemeinsam.

Digitized by Google

3. 1925—1926. Der äußere Hergang der Mordtat interessiert hier nicht (siehe Näheres bei *Bretschneider* u. *Raestrup*). Wichtig scheint mir dagegen das Verhalten der Täter und ihre Angaben zu den verschiedenen Zeiten der Untersuchung und Verhandlung.

Die W behielt ihr sonderbares Wesen, welches sie bei der Ergreifung durch die Polizei gezeigt hatte, zunächst bei. Sie wurde dem Krankenhaus zugeführt, da sie eine ziemlich starke Schnittverletzung der Nase hatte und eine 5 cm lange Schnittwunde lk. vom Steißbein. Es wurde eindeutig festgestellt, daß Anzeichen für Commotio cerebri oder Schädelbruch nicht bestanden. Auf den Chirurgen machte sie einen durchaus orientierten Eindruck, redete aber unverständliches Zeug vor sich hin. Am nächsten Tage konnte sie in Untersuchungshaft übergeführt werden. Bei der ersten Vernehmung wenige Tage nach dem Morde redete sie unverständlich vor sich hin, gab auf Fragen keine Antwort. Dasselbe 2 Tage später. Allmählich beruhigte sie sich und sagte bei einer Vernehmung ca. 4 Wochen nach der Tat: »Ich gebe zu, meinen Mann getötet zu haben. Mein Bruder war bei der Tötung dabei.« In den sehr zahlreichen weiteren Verhören stellte sie die Sache dann stets so dar, als ob sie von ihrem Mann überfallen worden sei, motivierte damit auch die bei ihr gefundenen Verletzungen, und daß sie den Mann in der Notwehr mit dem Beil erschlagen habe. Auf die Zerstückelung der Leiche könne sie sich nur ungenau besinnen, sie sei »von Sinnen« gewesen. Daß sie dem Manne den Geschlechtsteil herausgeschnitten habe, wisse sie nicht. Der Mann habe sie eben überfallen, sie wisse noch die Worte: »Du sollst noch eine vor den Wanst kriegen.« Als der Mann gestürzt sei, habe sie gedacht: »O Jesus, was hast du gemacht.« Späterhin bewies sie ein großes Geschick darin, die verschiedenen Zeugenaussagen zu entkräften, versuchte jedesmal die Zeugen unglaubwürdig zu machen und verleumdete sie (genau wie im Ehescheidungsprozeß). Von fachärztlicher Seite wurde die W als »psychopathische Persönlichkeit« bezeichnet. »Betont sind bei ihr hysterische Züge«. Das Gutachten spricht sich dahin aus, daß sie eine »nervöse Frau mit Neigung zu hysterischen Erscheinungen« sei. »Keine geistigen Veränderungen«. »Bei Begehung der ihr zur Last gelegten strafbaren Handlung war sie mit Sicherheit willensfrei und zurechnungsfähig. Die Tatsache, daß sie neben der Leiche liegend aufgefunden wurde, ändert an dieser Tatsache nichts. Es handelt sich hier entweder um einen vorgetäuschten Zustand oder um eine hysterische Reaktionserscheinung, die nach der Tat eingesetzt hat.« In der Hauptverhandlung wurde die Zurechnungsfrage der W noch einmal eingehend gutachtlich besprochen. Es wurde betont, daß W selbst zugebe, daß sie durch die Ruhe und die sorgsame Behandlung in der Haft völlig wiederhergestellt sei. »Ihr ständiges Vorbeireden an der Sache im Anfang der Untersuchung, ihr auffallend gekünsteltes Benehmen, das sie in immer schwächer werdendem Maße auch in der Hauptverhandlung zur Schau trug, hat seinen Grund lediglich in einem, mit dem Ertapptwerden einsetzenden hysterischen Abwehrzustand, für den die Angeklagte ihrem ganzen Wesen nach prädestiniert ist. Wechselnde Steigerung und Herabsetzung der nervösen Empfindlichkeit und Neigung zu starken Affektschwankungen kennzeichnen ihr Wesen. Diese Affektschwankungen sind ihr zur zweiten Natur geworden, welche ihre Überlegung, auch in einem derartigen Affektzustande, nicht

Digitized by Google

zum Schwinden kommen läßt. Es besteht insofern bei der Angeklagten geradezu Anpassung, besonders auch deshalb, weil sie, vorausgesetzt daß sie, wie im Falle dieser Tat, im stärksten Maße etwas will, sich als über den Durchschnitt intelligent erweist.«

W machte mir im August 31 folgende Angaben: In der Trennungszeit seit 1924 sei der Mann fortwährend bei ihr erschienen »und dann machte er immer die Unruhe«. Er habe sie und den Jungen »voll und ganz ruinieren wollen«. Wenige Tage vor dem »Unglück« sei er wieder da gewesen. »Damals dachte ich mir: ei du lieber Gott, der macht einen ja tot. Es wäre besser, er sei im Kriege gefallen.« Daß sie den Mann habe ermorden wollen, sei nicht wahr. Die ganzen angeblichen Vorbereitungen in der Mordküche seien »ungeschickte Zufälligkeiten«. Sie habe eben waschen wollen. »Weil ich nun so krank und schwach war, habe ich in meiner Ungeschicklichkeit die Wäsche überall aufgehängt, wo ein Nagel war.« (So sucht W heute noch die Abdichtung der Wohnung gegen Licht und Schall, die sie am Mordtage unter ständigem Singen von Kirchenliedern vornahm, zu motivieren. Ref.) Der Sohn habe bei dem »Unglück« überhaupt keine Rolle gespielt. (Unrichtig. S. auch später. Ref.) Seine Aussagen in dem Prozeß seien »ein großes Unrecht, was der Bubi an uns getan hat«. (Folgt eine eingehende Schilderung des angeblichen Überfalls durch den Ehemann und eine Motivierung der Tat als Notwehrhandlung ganz entsprechend den Äußerungen während der Untersuchung. Ref.) »Es war einfach ein Unglücksfall. Heute bin ich roher. Heute würde ich ihn ohne weiteres niederknallen.« »Ich habe ihn zerschnitten. Mein Bruder hat das gesagt. Ich hätte an der Leiche gesessen und immer so gehackt. Ich weiß nicht, warum ich das getan habe. Absicht war das nicht, ich muß wohl sinnlos vor Wut gewesen sein«. Am Gericht habe man ihr »später erzählt«, daß sie unter anderem der Leiche das Geschlechtsteil abgeschnitten habe. »Ich war darüber sehr böse und konnte den Herrn, der es sonst gut mit mir meinte, nicht mehr leiden.« Sie habe das einfach nicht glauben können. Wenn Ref. heute das gleiche wieder behaupte, dann müsse es ja wohl doch wahr sein. Wenn sie aber jetzt dafür eine Erklärung geben solle, so falle ihr das nicht leicht. »Ich lebte ohne Mann, man ist doch auch Mensch. Oft habe ich den Herrgott gebeten, wenn der Mann mich so verfolgte: Laß ihm die Hände abfaulen, mit denen er mich geschlagen hat und laß ihm das Glied verfaulen mit dem er mich beleidigt hat und den Mund, mit dem er mich beschimpft hat.« So könne das Abschneiden des Gliedes wohl in der Wut geschehen sein. Wie die Leiche nach der Zerstückelung ausgesehen habe, wisse sie nicht (»ich war ganz zerstreut«), auch wisse sie nichts davon, daß sie Teile in den Waschkessel geworfen habe. Das müsse aber doch geschehen sein, denn im Gefängnis habe sie dann davon geträumt, »aber immer verschieden. Bald sah ich ihn ohne Kopf und Hände, bald ohne Beine. Ich habe auch mal geträumt, wie in dem Waschkessel Haare schwammen.« Daß die Polizei in die Wohnung gedrungen sei, sei ihr nur ganz verschwommen bewußt, dagegen wisse sie nichts davon, wie sie sich dabei verhalten habe. »Man hat mir ein Bild gezeigt, wo ich in der Küche photographiert bin. Ich habe nichts davon gemerkt. Ich weiß auch nur vom Hörensagen, daß ich die Füße in den Ofen habe stecken wollen.«

Digitized by Google

Über das Verhalten der W in der Untersuchungshaft ist nichts wesentliches zu berichten.

X hat von Anfang an seinen Anteil an der Tat geleugnet und dieselbe ebenfalls als eine reine Notwehrhandlung dargestellt. Auch er hatte eine leichte Schnittverletzung am lk. Handgelenk. Bezüglich seiner Persönlichkeit ergab die Verhandlung: Er erwies sich als ein Mensch, der in hohem Grade von seinem moralischen Wert und seinen geistigen Fähigkeiten eingenommen war. Er betonte sehr, daß er es materiell und geistig vorwärts gebracht habe und daß er seine Frau aus armen Verhältnissen heraufgehoben habe. Sein Verhältnis zu der Frau (und umgekehrt) ergibt sich aus zahlreichen, langen, in polnischer Sprache geschriebenen Briefen und bildet zweifellos die menschlich angenehmste Seite und zugleich tragischste Seite des ganzen Prozesses. Die Liebe des X zu seiner Frau steigert sich nach dem Urteil geradezu ins Phantastische und findet 26 ihren Ausdruck in einem von groben Obszönitäten geradezu strotzenden Schreiben. Die Durchsicht seiner Korrespondenz mit der W vor dem Morde zeigte eindeutig, daß X seine materiellen Forderungen gegen die Schwester und den Neffen auf alle Weise durchsetzen wollte. (W bei einer Vernehmung: »war mein Bruder sehr aufgeregt und hat geheult und gezankt wegen seines Geldes.« Ref.) Dem Gericht redete er von einer Erfindung von unermeßlicher Bedeutung, die er gemacht habe und für die ihm die Welt noch einmal unendlichen Dank schulden werde. Im ganzen erweckte er den Eindruck eines zwar weichlichen, in der Erreichung seiner Ziele jedoch hartnäckigen Menschen. Während der Untersuchungsverhandlungen war er zeitweise recht schwierig, geradezu brutal: er redete sich ein, daß alle Maßnahmen des Gerichts oder sonstiger Behörden gegen ihn vom nationalen Haß gegen Polen diktiert seien. Aus diesem Grunde lehnte er während der Hauptverhandlung auch plötzlich seinen Verteidiger ab. Sehr bemerkenswert ist, daß er den Staatsanwalt zu bestechen versuchte und noch nach der Verurteilung einen Zellengenossen zu bestechen versuchte, wenn er ihm zur Freiheit verhelfe. Schon während der Untersuchung richtete er an alle möglichen Behörden fortwährend Gesuche und Beschwerden.

Sehr bemerkenswert sind die Briefe von W und X während der Verhandlungszeit und kurz nach dem Urteil.

W an den Sohn: Beschwert sich über die Haft: »Das habe ich alles unsern Pappa zu verdanken. Er hat schwer gesündigt und ich muß leiden und Du unschuldiges Kind auch. — — Unsern Pappa hat nun die Rute Gottes bestraft.«

X an seine Frau kurz nach dem Morde: »— daß dieses nur die Schuld meiner Schwester ist und ich bin mir mehr als gewiß, daß meine Schwester dieses alles bereits vorher geplant haben mußte, ehe sie an mich schrieb. — denn hier sind die Deutschen furchtbar schlecht auf die Polen zu sprechen. — denn die Deutschen machen das mit mir absichtlich, Polen zum Trotz.« Fordert weiter die Frau auf, Sorge zu tragen, daß sein Vermögen aus der ganzen Sache gerettet werde, macht Vorschläge dieserhalb.

»— das ist hier solche Mode, daß, wer etwas mehr Bildung besitzt, die anderen gleich unterdrückt. — will meine unschuldige Person über-

Digitized by Google

führen mit falschen Zeugen — mein von Polizei und Staatsanwaltschaft vergewaltigtes Recht.«

Mitunter nehmen die Schreiben des X (auch wenn sie polnisch abgefaßt sind) einen sehr sonderbaren Ton an: neben hochtrabenden Tiraden über Gott und die Welt, finden sich sehr eigenartige Stellen:

An das Gericht sechs Wochen nach dem Mord: »Meine Person ist ehrenvoll auf Ehrenwort. Ich benutzte die Foltern und Martern (gemeint sind angebliche Übergriffe der Polizei bei der Verhaftung. Ref.) und beschloß alles das zu opfern in Gerechtigkeit für das künftige Wohl der Welt und ich gab der Polizei solches Geständnis, wie sie es wünschte —. Große Herren! Ich denke nicht, daß ich »Jesus« bin, o nein! Gott-Jesus gab uns Brot d. h. sein Fleisch und Blut in Gestalt von Brot und Wein, doch nur für den Geist. Aber ich, der ich nur ein nichtig Ding bin, wie jeder Sterbliche, ich allein vermag und bin imstande, nicht mit Fleisch (Leib) und Blut, sondern mit meinem Geist in Bälde das ganze Volk durch ein wirkliches Brot und dieses Getränk für den Körper zu erlösen.« (Anspielung auf die Erfindung, von der X auch sonst sehr viel schreibt und spricht.) X zweifelt während der ganzen Verhandlung keinen Augenblick daran, daß er in Freiheit gesetzt würde (an die Frau: »— denn ich komme doch ganz frei in der Hauptverhandlung — denn ich werde eher bei Dir in B. als Du in C. sein —.« An das Gericht: — denn Ihr, meine Herren der Gerechtigkeit und des gesunden Verstandes, werdet selbst bedenken, daß bisher zu unrecht beschmutzt wurden: meine Ehre, mein Name, mein Ruhm und die ganze Zukunft, die in Bälde die ganze Welt zum Vorbild nehmen wird).«

An die Frau längere Zeit nach dem Mord: »Auf jeden Fall ist Polen heute für mich entpolonisiert und soll auf mich nicht mehr zählen für all die Widerwärtigkeiten, die es mich bisher fühlen ließ, erstens, weil es nicht geruht hat sich mit meiner Sache zu befassen, zweitens daß der Fiskus aus der Haut meiner Frau Riemen schneidet, indem er noch vor der Entscheidung meiner Sache meiner Frau die Pension nicht auszahlt und mich völlig grundlos vom Dienst entläßt. — Ich will lieber mein Werk (meine Erfindung) ins Jenseits mitnehmen oder Halbwilden ausliefern, als den Polen, die ich tags und nachts verfluche. — Es ist mir schon zu Ohren gekommen, daß meine Rache und mein Fluch Früchte getragen haben und die Revolution ausgebrochen ist. — Mein Fluch ist ein ungehemmtes Gebet, wohin ich ihn richte, schlägt er ein, wie der Blitz in den Baum (in die Pappel).«

An die Frau acht Monate nach dem Mord: »An demselben Tage, an dem mir Dein geliebtestes Lichtbild ausgehändigt wurde, erhielt ich auch Deine anderen vier Bilder, die ich mitgenommen hatte. — Du kannst Dir nicht vorstellen, liebes Weibchen, welche große Freude Du mir bereitet hast, als ich, wenn auch nur auf dem Papier, meine geliebte und teure — schauen durfte. Sofort habe ich die anderen Bilder des toten Gottes fortgeschafft und an deren Statt meinen lebendigen und wahrhaften Gott — Deine mir liebe Photographie — gestellt.«

4. 1927. Nach der Begnadigung gestaltete sich das weitere Verhalten der W wie folgt:

W war schon bei der Aufnahme ins Zuchthaus auffällig. Sie war

Digitized by Google

»zerfahren, ruhelos, läppisch und wechselnder Stimmung«. Zeitweise war sie direkt unruhig, gestikulierte in eigenartiger Weise, nörgelte an allem herum. Dieser Zustand verschlimmerte sich allmählich, W war zuletzt (März 27) ganz verworren, zeitweise gehemmt. Sie war kaum zu fixieren, behauptete Schlangen zu sehen, auch hatte man den Eindruck des Stimmenhörens. Sie wurde unrein, nahm die Speisen in tierisch-gieriger Art zu sich, wollte alles zum Fenster hinauswerfen. — Daraufhin erfolgte im März 27 die erste Aufnahme in hies. Anstalt. W machte beim ersten Anblick einen halb dementen, halb ängstlichen Eindruck. Bei der Exploration grimassierte sie von Zeit zu Zeit oder verzog schmerzhaft das Gesicht, strich an ihrem Rock herunter. Sie wirkte fahrig, ihre Redeweise war die eines schwachsinnigen Kindes. Die Fragen beantwortete sie nicht, sondern wiederholte dieselben scheinbar verständnislos und in gleicher Tonart wie der Fragende, wobei sie zudem noch deutlich perseverierte. Spontanäußerungen waren selten und dann stereotyp z.B. »Schlafen gehen, spazieren gehen, zum Bubi gehen«. Sie ging plötzlich auf den Papierkorb los, nahm einen alten Umschlag heraus, legte ihn wieder hinein. Zu fixieren war sie nicht. Als sie schreiben soll, scheint sie zunächst den Zweck des Bleistifts nicht verstehen zu wollen, dreht ihn in den Händen herum, beginnt schließlich nach Art kleiner Kinder zu kritzeln. Irgendeine Gemütsbewegung, als sie nach den Vorgängen in ihrer Familie gefragt wird, zeigt sie nicht. Auch bei den Fragen nach ihren Halluzinationen wiederholt sie lediglich die Fragen. — Auf der Abteilung war sie zunächst ruhig, hatte zu Anfang in stereotyper Weise die Schwester gefragt: »Ich leide an Zeitverspätung, leidest Du auch an Zeitverspätung?« — Bei den weiteren Explorationen das gleiche Bild wie anfangs. Körperlich wurde kein wesentlicher Befund erhoben. Die Diagnose mußte wegen des ganzen sehr unecht wirkenden Verhaltens der W auf Haftpsychose (hysterische Pseudodemenz) gestellt werden. Mit dieser Diagnose ging auch der weitere damalige Verlauf parallel: die Kranke wurde allmählich freier, gab geordnete Auskunft auf Fragen, konnte ihren Lebenslauf folgerichtig erzählen. Sie sprach dem Personal gegenüber von der Mordtat, die sie zugab, und erzählte sehr viel von ihrem Sohne, der ihr ganzes Sinnen und Trachten erfüllte. Mehrfach verlangte sie ihre Rückverlegung in die Strafanstalt, da sie doch nicht geisteskrank sei (vor unruhigen Mitkranken hatte die W. ganz offensichtlich Angst), äußerte aber andererseits, sie fürchte sich vor der Einzelhaft. — Im April 27 kam es vorübergehend zu einer Art Rückfall: W die vorher sehr höflich und zuvorkommend war, wurde sehr unangenehm. Sie verlangte fortwährend Unterredungen mit dem Arzt, verlangte dann, man solle sie ins Zuchthaus zurückbringen, klagte aber in einem Atem darüber, daß ihr nachts Spritzen in den Kopf gemacht würden. Man hatte damals den Eindruck, daß sie das Unglaubliche derartiger Angaben selber merkte. Zunehmend fiel auch eine ungemein starke Sexualität auf. Die W drängte sich häufig in der unzweideutigsten Weise an den Arzt an. Gleichzeitig wurde eine ausgesprochene Vielschreiberei beobachtet. Dieser Zustand klang schnell ab und machte einem ganz geordneten Verhalten Platz, so daß die W Mitte April dem Zuchthaus wieder überwiesen werden konnte. Halluzinationen und Wahnideen waren hier nicht beobachtet worden.

Digitized by Google

In der Strafanstalt änderte sich das Bild alsbald wieder. W war nur kurze Zeit »leidlich geordnet« und klar. »Neuerdings traten aber sichtliche Verschlimmerungen zutage. Die W hat mehrfach Halluzinationen gehabt (Schlangen, Gestalten usw.), ist total zerfahren, schwer deprimiert, hat Kopfdruck, Angst- und Beklemmungszustände gehabt und wiederholt sogar Selbstmordandeutungen fallen lassen.«

Im Mai 27 wurde W zum zweitenmal hier aufgenommen und im November als gebessert dem Zuchthaus wieder überwiesen. Während der Beobachtungszeit war das Krankheitsbild im ganzen etwas anders als bei der ersten Aufnahme. Die W war im allgemeinen ruhig und zugänglich, längere Zeiten hindurch auch ganz unauffällig. Zu anderen Zeiten äußerte sie aber wieder: sie werde nachts gespritzt, ließ sich von der Unrichtigkeit derartiger Behauptungen nicht überzeugen, schrieb vielmehr gemeinste Briefe, in denen sie sich über die Spritzen beklagte und Anstalt und Ärzte in der übelsten Weise verleumdete. Gelegentlich konnte sie bei Widerspruch sehr erregt werden. Arbeitslust zeigte sie nicht sehr, konnte sich bei der Arbeit in demonstrativster Weise zu Boden werfen, gab dabei aber gut acht, daß sie weich fiel. Wiederum sprach das ganze Verhalten für Pseudodemenz, doch fiel auf, daß im Gegensatz zur ersten Aufnahme ein restloses Abklingen der Erscheinungen nicht eintrat.

Im Strafvollzug dauerte es wieder nur kurze Zeit, bis erneute psychotische Symptome auftraten. Als schließlich eine ungemein leichte Erregbarkeit der W hinzukam und »massenhafte Organhalluzinationen« geäußert wurden, wurde W im Februar 28 zum drittenmal der Anstalt zugeführt und befindet sich seither ununterbrochen hier.

(Über X sei weiter unten zusammenfassend berichtet.)

5. 1928. Bei der dritten Aufnahme war W ruhig, äußerlich ganz geordnet, nahm auf der Abt. sofort und willig an den Arbeiten teil. Im Umgang mit Personal und Arzt befleißigte sie sich einer stark servilen Höflichkeit. Das einzig auffällige Zeichen war die stets gleichbleibende Behauptung, daß sie nachts Spritzen bekomme. Auch im Zuchthaus sei dies so gewesen. Auch die schon früher beobachtete Vielschreiberei war zu konstatieren, wobei die Briefe zumeist an den Sohn und an X gerichtet waren. Dem Arzt gegenüber sprach sie sich kaum aus, etwas mehr gegenüber dem Personal: eines Tages sagte sie einer Schwester, die nächtlichen Spritzen seien dazu da, um sie »elend zu machen«. Auch gebe man ihr in das Essen »Zuneigung« zu einer bestimmten Person. Das gehe wohl vom Stationsarzt aus. Äußerlich blieb sie aber unverändert, war stets fleißig und höflich. Eines Tages drückte sie dann auch dem Arzt ihr Mißfallen darüber aus, daß man ihr »wollusterregende Mittel« beibringe. Auch »Gedankennarkose« treibe man mit ihr. (Auf Frage: sie verstehe darunter, daß alle ihre Gedanken wüßten.) Sie sei dadurch ganz unfrei in ihrem Denken. (Mai 28.) Gab sie so von ihren Inhalten ihrer Umgebung gegenüber wenig heraus, so war sie umso eindeutiger in ihren zahlreichen und oft endlosen Briefen:

An den Sohn (April): »— daß Dir die hohe Schule entzogen ist, die Sorgen machen mich am meisten kaputt. Sei ja recht fleißig — trage alles geduldig ohne Widerrede. — ich bin total ruiniert worden durch Morphium, Schwefel (?), und die jeden Tag Narkosen, also mich wollte die herzlosen Menschen dort durchaus vergiften — aber ich habe den

Digitized by Google

großen Herrn Professor gehabt in mir und bei mir, der die Toten lebendig, die Blinden sehend, die Taubstummen redend gemacht hat.«

Große Sorgen machte ihr der sonntägliche Kirchgang. Als sie einmal wegen einer leichten Unpäßlichkeit davon zurückbleiben sollte, geriet sie in so starke Erregung, daß sie isoliert werden mußte. Bei dieser Gelegenheit tat sie die Äußerung, wenn sie eines Tages frei sei, werde sie sich an den Schwestern genau so rächen wie an ihrem Mann. Zunehmend äußerte sie dann in den nächsten Monaten wahnhafte Ideen auf sexuellem Gebiet, die sich mehr und mehr um ihren Stationsarzt verdichteten, aber nur dem Personal gegenüber: sie wisse, daß die Anstalt ein Freudenhaus sei und deshalb an ihr nachts die Narkose vorgenommen werde. Der Arzt habe ihr die Ehe versprochen, im Frühjahr, wenn die Bäume blühten, solle die Hochzeit sein (August 28). Später drängte sie ständig nach dem Zuchthaus zurück, machte im Garten mehrere Fluchtversuche. Als ihrem Wunsch nicht Folge geleistet wurde, hetzte sie Mitkranke gegen Anstalt und Personal auf, überfiel auch einmal in brutaler und rücksichtsloser Weise eine Schwester. Nachher beklagte sie sich bei einigen Mitkranken bitter darüber, daß sie ihr bei dem Überfall nicht geholfen hätten, wie sie doch versprochen hätten.

6. 1929. In den ersten Wochen des Jahres drängte W fortwährend nach der Strafanstalt, hatte bei der geringsten Gelegenheit massive Erregungszustände mit brutalen Angriffen auf das Personal. Dies besonders dann, wenn ihrem Wunsche nach Verlegung nicht stattgegeben wurde. Dabei ist sehr bemerkenswert, daß sie die durch die Erregungen bedingte Isolierung in ein Einzelzimmer stark fürchtete und während der Absonderung vor Angst laut betete und jammerte. Während dieser Zeit der häufigen Erregungszustände traten Äußerungen über Wahnideen und Sinnestäuschungen ganz zurück. Im Februar schlug das Bild jedoch um, Erregungen blieben aus, die Sinnestäuschungen traten wieder in Erscheinung. Gleichzeitig war W wieder von geradezu kriecherischer Höflichkeit. Die Spritzen mache die Frau Oberin, die ihr Rache geschworen habe. Vielleicht seien die Spritzen aber auch zur Behandlung verordnet. Man entziehe ihr Nahrung und »stichele« nachts an ihrem Leib. Abends wenn sie allein sei (W befand sich schon seit Wochen auf einer anderen Abt., wo mehr Überwachungs- und Isolierungsmöglichkeit war und wo sie sich noch heute befindet), sehe sie »Gestalten, alte Damen und Herren«, bekomme »Rückenstöße, daß ich morgens kaum aufstehen kann, auch schwere Lasten auf den Körper«. Stimmen höre sie nicht. »Durch Zuneigung« verkehre sie sexuell mit ihrem früheren Stationsarzt (mit dem sie schon längst nichts mehr zu tun hatte, um den neuen Stationsarzt kümmerte W sich gar nicht), und zwar »mit Gedanken und mit Gefühl«. Sie halte es aber doch für »Wirklichkeit, es muß doch was sein an dem Gefühl«. Sie möchte es sich »mit Entschuldigung verbitten, wenn der Herr es nur für Phantasie erklärt«. An der Meinung, daß der frühere Stationsarzt sie heiraten werde, hielt sie unentwegt fest. Ich gebe einen Brief an diesen Arzt, der für die ganze Schreibweise der W ungemein charakteristisch ist, gekürzt wieder, und zwar in der Schreibweise, wie die W sie hier ständig übt:

»Ich erlaubä mir ein Brief zu Schreiben so Painlich wie es mir ist. Abär laida diesäs Not und Kqal zwing es mich dazu. Unsrä Verhältnis

Digitized by Google

wais ia Jeide Mensch hier in Hubärtusburg. Lieber Kate, ich habe ia nihmanten hier als Diech der mir na Schten künte, Du L Kata meina Familienn Värhältnisse und wie ich mich jetz befünndä. weißt wän Dir Dises nicht anschtost, Das ist mir Schär angänem. L Kate wenn ich Dich bitten darf nhemä Dich mich Ann in Alärart, wie Dise tadsache ist laida ich ann große Nait Unsrä Zuneigong halbe ann Große Schtischlaraie so wie Mischandlong die Ich bald nicht Ertragen kann, in Diese Unrhu schtreit alerart laidan und so weite, Die Frau Oberin — Sie hat mir schonn füermal Todes Rache geschworen Sie will dafür sorgen das Sie mich mit Ihrenn Schprinzen klar macht das ich mein Leben hier lassen mus — (folgen endlose Klagen über ihr von den Schwestern nachts zugefügte Mißhandlungen) — haubsechlich wierde ich gekqelt in Abendessenn und inder Nacht mit disse moraliche gieft Schprinzen — und geschempft Dokter Hure wal ich mich nicht dieses unartigen Sachen eingelassen habe und Vonn Dir L Kate ni Abbrungen lasen durch Ihren Schempfen auf Dich und Schpoten über Diech, deshalb wolen mich die Schwester Schnel wie meglich fonn der Weld umbrengen. Als Mein L. Kate ich bitte Dich recht herzlich sorge dafüer und entferne mich nach — (Zuchthaus) — ich bin ein Katolikin dise Sache ist vir mich Sindhaft aber ich bin durch unsere zuneigong Verker ganz Verlib in Dir geworten — Bitte recht herzlich mir diese gedanken übertragong Abzuschafen den dises Schedigen mich sher —« usw. (Es muß betont werden, daß die W in dieser Orthographie an jeden, auch an Behörden, Sohn, Bruder usw. schreibt, seit sie bei uns ist.)

Neben diesen wahnhaften Ideen und Erlebnissen verfolgte die W damals ungemein betriebsam ihre persönlichen Belange:

März 29 an X: »Hast Du einen Gesuch für mich gemacht« (an hohe Behörde). »Deshalb möchte ich gerne nach — (Zuchthaus), daß wir beide die ganze Sache zusammen bearbeiten können. — Schreibe an Deinen Herrn Rechtsanwalt, daß er — meinem armen waisen verlassenen Kinde beistehen soll und bei — (Verwandter) Geld und die große Geige verlangen soll, um ihm zu schicken. Denn er bittet schon zwei Jahre um die Geige. Das Kind ist schon bald 16 Jahr, der kann auch nicht alles verlernen.«

An den Vormund des Sohnes im April 29: »— leider, was ich Ihnen mitteilen muß, wie es mir bekannt gegeben worden ist, daß mein Sohn dieses Jahr in der Schulklasse zurück geblieben ist. — bitte Sie höflichst, das arme Waisenkind aus der weiten Fremde für näher her zu nehmen und zu meinem Bruder (gemeint ist der ältere Bruder) zu geben. — wenn dazu von meinem Sohn seinem Grundstück Geld nicht zulangen sollte, da bitte nehmen Sie aus meinem Grundstück die sämt-Brief an Bekannte, wo sie dringend bittet, ihren Bruder (dem sie gerade lassenes Kindli weiter zum Gymnasium zu schicken—.«

Am gleichen Tage — sozusagen in einem Atem — schreibt W einen Brief an Bekannte, wo sie dringend bittet ihren Bruder (dem sie gerade noch ihr Kind anvertrauen wollte) scharf beobachten zu lassen. Er führe ein liederliches Leben und wolle sie und den Sohn um alles bringen. — Um die Mitte des Jahres drängte W wieder längere Zeit fortwährend nach dem Zuchthaus, wurde aber gleichzeitig recht fleißig, versorgte sehr gut die Stationsküche. Sie hatte in den Frühjahrsmonaten häufig von der be-

Digitized by Google

vorstehenden Eheschließung mit dem hiesigen Arzt gesprochen, legte plötzlich sehr viel Wert auf ihre Kleidung, die sie so kokett herrichtete wie möglich. Als der Termin ohne die Eheschließung vorbei gegangen war, redete sie nicht mehr von dem Arzt, wurde aber dem neuen Stationsarzt gegenüber immer koketter und anlehnungsbedürftiger. Nähere Auskünfte über die Gründe dieses Verhaltens waren von ihr nicht zu bekommen, als Antwort beklagte sie sich stets über die nächtlichen Spritzen. Erstmalig behauptete sie jetzt auch, daß man ihr Kot auf das Butterbrot tue. Sie schmecke das. Mitte des Jahres gab sie einer Schwester an, der neue Arzt tue ihr nachts »Unsittlichkeit« an, was sich nicht gehöre, da sie ihren Mann in Station C 14 (der frühere Stationsarzt) habe. Sexuell war die Kranke jetzt überhaupt wieder stark angeregt, benutzte jede Gelegenheit um dem Arzt ihre Beine möglichst hoch herauf zu zeigen, lehnte sich an ihn an und dergleichen.

An den Bruder X im Sept.: »— Fühle mich an Kopf und Augen sehr krank durch Mißhandlung. Das Hubertusburger Personal schlägt mich sehr im geheimen, die Hände, Finger auseinandergespalten, Handgelenke oft brechen sie mir und mit Schlüssel schlagen sie mir. — Der katholische Herr Pfarrer (gemeint ist der Anstaltsgeistliche) der ist so schlecht und moralisch gesunken in einer Unzucht, das ist direkt eine Schande von einen ganz alten katholischen Pfarrer. — heute in der Nacht bin ich auf den Kopf geschlagen worden, daß mir ganz schwindlig ist. — Die (Schwestern) bilden sich ein, wenn sie mich tot machen, da bekommen sie aus der Anstalt Hubertusburg einen feinen und netten Herrn als Mann.« Gelegentlich versuchte W immer wieder einmal aus der Anstalt zu entweichen, drängte das Personal, man solle ihr den Schlüssel geben. Geriet sie einmal zufällig mit Mitkranken in Streit, so konnte sie rücksichtslos brutal werden. — Das Ende des Jahres brachte keine Besonderheiten.

7. 1930. In den ersten Monaten: Drängen ins Zuchthaus, gelegentliche Erregungen, stereotype Klagen über die nächtlichen Spritzen, dagegen Zurücktreten der sexuellen Begehrlichkeit. Um die Mitte des Jahres änderte sich das Bild nicht unerheblich. Die sexuellen Wahnideen kommen ganz in den Vordergrund, das Drängen aus der Anstalt fiel weg, Erregungen nur noch selten und dann ganz kurz. Die Kranke nähte sehr fleißig auf der Abt., ließ sich dabei durch Unruhe anderer Kranker in ihrer nächsten Umgebung überhaupt nicht mehr stören, äußerte auch keine Angst mehr vor derartigen Kranken. Für Personal und Arzt wurde es jetzt sehr schwer, etwas über die Inhalte der W zu erfahren. Man konnte nur herausbekommen, daß sie immer noch ein Verhältnis mit einem Arzt der Anstalt zu haben glaubte, es schien jedoch, daß die Persönlichkeit wechselte. Allmählich traten in den nächsten Monaten aber immer häufiger Spontanklagen über »nächtliche Belästigungen« auf, wobei die früher so hervorstechenden »Spritzen« zwar noch geäußert wurden, an Bedeutung jedoch zurücktraten. Welcher Art die neuen Belästigungen waren, geht wieder am besten aus den eigenen Worten der W hervor:

An X im Okt. 1930. »— ich bin schon total kribbelich an Nerven und innerlich. Herz, Lungen, Gedärme ganz voll gemahlenen Pfefferspritzen. Ist mir die Adern zerrissen worden, und es im geheimen in der Nacht werde ich sehr mißhandelt' — werde mit Pfefferwasser eingerieben,

Digitized by Google

daß ich das Gliedermark verbrennen soll. — also ich werde von Zeit zu Zeit Sinnengedanken los. Und mein Stationsarzt — der Herr ist vom Staatsgericht in Hubertusburg angestellt, damit der die Kranken tot machen soll und verspottet mich so in meiner Qualennot. Lieber Bruder, ich kann mich als religiöse Katholikin nicht jeden Mann mich sinnlich mit Ketzerei abgeben. Deshalb entsteht die große Rache von meinen Stationsarzt. — in meinen Schlafsaal von der Decke trippt Kot mit Urinen mir direkt auf den Kopf.«

Auffällig war zum erstenmal, daß die Kranke ihre Beschwerden im Gegensatz zu früher mit deutlich mangelhaftem Affekt vorbrachte. Während sie früher bei jeder derartigen Gelegenheit in die größte Wut geraten konnte, mit den Füßen stampfte und schrie, wenn man ihre Ideen als krankhaft hinstellte, so brachte sie jetzt alle diese nächtlichen Erlebnisse ruhig, mit serviler Freundlichkeit vor, nahm es in keiner Weise übel, wenn man diese Dinge als krankhaft bezeichnete, sondern lächelte dann ungläubig den Arzt an. Sie verlangte auch in höflichster Form freien Ausgang, wie ihn andere Kranke doch auch hätten. Sie konnte es in keiner Weise verstehen, wenn man ihr dies abschlug mit dem Bemerken, daß sie doch wegen des Mordes als Strafgefangene aufgefaßt werden müsse. W konnte dann im erstauntesten Tone, der offensichtlich nicht gespielt war, sagen: »Aber, ich bin doch daran ganz unschuldig«. Man hatte den zweifellosen Eindruck, daß sie ihre ganze Lage nicht mehr übersehen konnte. In den letzten Monaten des Jahres trat eine neue sexuelle Bindung auf und zwar diesmal an den protestantischen Anstaltspfarrer. Wieder behauptete W, dieser werde sie heiraten. Als sie Weihnachten unter ihren Geschenken einen Simili-Ring fand, schien diese Annahme bei ihr zur Gewißheit zu werden: sie behauptete jedem gegenüber, der Ring sei des Pfarrers Verlobungsgeschenk. Sie drängte dauernd zu dem Geistlichen hin, wollte absolut bis zur Eheschließung, deren Tag sie exakt auf den 26. März 1931 bestimmte, im Haushalt desselben als Hauskranke sein. Daneben verstärkten sich die nächtlichen Sexualerlebnisse ins Monströse. W klagte bei fast jeder Visite darüber, daß sie allnächtlich »Wollust machen« müsse. Tue sie das nicht, dann »quält er mich und macht mir Spritzen ins Geschlechtsteil«.

8. 1931. Im Januar und Februar nahm die Bindung an den evangelischen Pfarrer erheblich zu. W, die früher stets ihren Katholizismus betont hatte, wollte auf einmal in den evangelischen Gottesdienst. Als sie eines Tages irrtümlich in die evangelische Kirche mitgenommen worden war, sprang sie plötzlich während des Gottesdienstes auf, lief zum Altar und wollte sich an den Geistlichen klammern.

An X Januar 1931: »— ich habe mir hier evangelischen Herrn Pastorchen angeschafft. Wenn es gut geht, wollen wir am 26. März 31 heiraten. Hoffentlich geht mir bei ihm gut. Am 26. März, da hat meine Schwiegermama Geburtstag. Liebes Bruderchen zu Weihnachten, da hat uns der Anstalt Hubertusburg verlobt mit ganz hübschem Freundschaftsring. — Hoffentlich sehen wir uns zu unserer Hochzeit am 26. März.«

Daneben arbeitete sie sehr fleißig weiter an ihrer Näharbeit, war von auffälliger Fügsamkeit. Ihr ganzes Sinnen und Trachten schien sich an die Heirat im März zu klammern, selbst von dem Sohne sprach sie kaum. Anfang März erloschen die stereotypen Klagen ganz, W war in

Digitized by Google

fast ständiger freudiger Erwartung, »weil der Tag der Hochzeit herankommt«, frisierte sich sehr sorgfältig, verlangte nach ihren Kleidern, um dieselben zu säubern und in Ordnung zu bringen und dergleichen. Personal und Arzt, mit denen sie sonst stets auf Kriegsfuß stand wegen der »nächtlichen Qualen«, behandelte sie mit ausgesuchter Höflichkeit, mit einem Wort, sie machte ganz den Eindruck einer glückstrahlenden Braut. Als der 26. März ohne Heirat vorbeiging und der evangelische Pfarrer gerade um diese Zeit versetzt wurde, nahm sie das dann auffallend gelassen hin. Sie frug den Arzt, ob es denn wirklich wahr sei, daß der Pfarrer fort sei, und als ihr dies bestätigt wurde, sagte sie: »Nun, dann ist die Hochzeit eben verschoben.« Sie verlor jedoch mit dem gleichen Tage das Aussehen der Braut, saß wieder ruhig bei der Näharbeit und begann alsbald wieder mit den stereotypen Klagen. Sie wandte sich auch wieder dem Katholizismus zu und sah sehr darauf, daß sie am Sonntag in die Messe kam.

An den katholischen Pfarrer: »Hochwürdigster, ehrwürdigster Vater. — Mir wird in den Mund Schärfe eingegossen, an der Brust hochgezogen, am Halse gewürgt. — Dann nach dem Quälen geben sie mir aufregende Mittel ein. Ganz gesund bin ich nach Hubertusburg gekommen. — sorgen Sie für mich, daß ich vielleicht in eine Familienpflege kommen kann, bin ehrlich und fleißig und scheue mich vor keine Arbeit. Ich möchte doch am Leben sein, da ich denke an mein einziges verlassenes Kindli. Hier macht mich die übermütige Personal nur kaputt vor lauter Neid wegen mein Zuneigungsherrn.«

Im März schrieb W unter anderem noch zwei Briefe an hohe Behörden, in denen sie sich bitter über den früheren Stationsarzt beklagt, weil dieser sein Eheversprechen nicht gehalten habe, sondern sie nur auf diese Weise zur Unzucht verführt habe, was sie im Gedanken an die Ehe »mit Geduld ertragen« habe. In dem zweiten Brief gibt sie eine detaillierte Schilderung der Mißhandlungen durch das Personal und bittet diese zu bestrafen. Auf der letzten Seite sind in zwei Rubriken die Schwestern namhaft gemacht »die mich gequält haben« und diejenigen »die mich noch quälen«.

An der projektierten Ehe mit dem Pfarrer hielt W weiter fest, äußerte aber kaum etwas darüber. Dagegen schrieb sie an die (von ihr angenommene) Mutter des Pfarrers einen Brief (Mai 1931), in welchem sie sich bei ihrer »Schwiegermama« darüber beklagt, daß der Pfarrer ihr nichts von der Versetzung mitgeteilt habe und die Hochzeit auf den August verschoben habe. Es sei ihr lieb, wenn sie die Zwischenzeit im Hause der Schwiegermutter als Stütze verleben könne. Aber schon seit Juli spricht W überhaupt nicht mehr von dieser Sache, schrieb dagegen in den ersten Augusttagen einen Brief an den ihr vom Prozeß her bekannten Gerichtsarzt, in welchem sie um »Erlösung aus der Gefangenschaft« bittet und dabei den Gerichtsarzt ständig mit »mein allerliebstes Hansel« anredet und schließt »sei von mir recht herzlich gegrüßt und vieltausendmal innig geküßt von Deiner heißgeliebtes —«. Dies ist der einzige Brief, den W seit Juli dieses Jahres bis heute (Oktober) geschrieben hat, und ich konnte nicht von ihr in Erfahrung bringen, ob eine neue sexuelle Bindung im Auftauchen begriffen ist, zumal sich das Krankheitsbild abermals nicht unerheblich geändert hat, wenigstens in einigen Punkten. Zunächst hörte

Digitized by Google

— wie gesagt — die Vielschreiberei der W plötzlich wie abgeschnitten auf. Weiterhin fällt seit Juli doch ein ziemlich erheblicher Mangel an Affekt auf, insofern die immer noch in der stereotypen Weise vorhandenen Halluzinationen und Wahnideen bedeutend matter und gleichgültiger vorgebracht werden als je. Der produzierte Inhalt steht nicht mehr in einem auch nur annähernd natürlichen Verhältnis zu der Art und Weise der Produktion. Gelegentlich könnte man fast geneigt sein, von inadäquatem Affekt zu sprechen, wenn die W die mannigfachen nächtlichen Manipulationen an ihrem Leibe und bes. Genitale lächelnd und in fast koketter Weise vorbringt. Auch sind die Erregungszustände ganz selten geworden und kommen eigentlich nur noch dann zur Beobachtung, wenn die Kranke in ihr lieb gewordenen Gewohnheiten gestört ist. Es ist jetzt auch möglich, mit ihr eingehendere Explorationen vorzunehmen, bei denen sie in äußerlich durchaus geordneter Weise und mit devoter Freundlichkeit klare Angaben macht. Dabei muß betont werden, daß die W bei solchen Unterredungen alle Dinge, die außerhalb der psychotischen Erlebnisse liegen, deutlich affektbetont bringt, wenngleich auch hierbei der Affekt im ganzen etwas matt ist. Sie verfehlt auch nie, ihre persönliche Tüchtigkeit im Leben ins hellste Licht zu stellen. Sehr wichtig erscheinen mir ihre psychotischen Erlebnisse während des Anstaltslebens, weil sie sie jetzt schildert (September 1931):

»Im Zuchthaus habe ich immer geweint und deshalb bin ich nach Hubertusburg gebracht worden. Ich sollte eben nicht so allein sein, sondern mehr Zerstreuung haben. Ich habe immer gearbeitet, aber ich weinte dort wegen meinem Kind. Damals (gemeint ist die erste Aufnahme. Ref.) habe ich hier — aber im Geiste — Schatten von Männern gesehen. Auch mal ein Rohr, das lag über mir und hatte nach unten eine Spitze. Das hat mich besonders geängstigt. Die Verrückten (= Mitpatienten) lachten und sagten: so viel hat die nötig. Ich habe das anfangs nicht verstanden. Nachher merkte ich, das soll heißen: Geschlechtsverkehr.« Ihr zukünftiges Leben denke sie sich so: sie wolle wieder heiraten »sowohl verpflegungshalber wie auch naturhalber«. Das habe sie aber erst hier bekommen, diese Heiratsneigung. »Früher hatte ich da kein Sympathie.« Damals (1927) habe der Stationsarzt eines Nachts, »die Wache war aber im Saal«, mit ihr gesprochen. Sie habe das deutlich gehört, wie er nach ihrem Vermögen gefragt habe und ihr die Ehe versprochen habe. »Es war auch so eine Last auf mir, mir war es, als ob ein Verkehr stattgefunden habe.« Später (1930) habe sie auch einmal »geträumt«, dieser Arzt liege neben ihr im Bett, »aber mir war so Angst, der hatte Arme und Beine ab«. Von da ab seien die Quälereien so richtig losgegangen. Sie habe einmal gehört, wie »einer sagte: Warte, bis die Nacht kommt«. »Tagsüber waren alle liebenswürdig zu mir, aber nachts kamen die Herren, dann fand der Verkehr statt. Und seitdem ist es schlimm: mir wird Pfeffer eingeblasen, Urin hat man mir ins Gesicht geschüttet. Mehrfach hat mir der Herr Pfarrer —, was der katholische ist, Männer zugeführt, die mich heiraten würden. Aber die Schwester — hat gesagt, der eine sei ihr Freier und ich täte ihr einen Strich durch die Rechnung machen. Seitdem quält mich das Personal nachts.« In ihrer Not habe sie sich schließlich an den protestantischen Pfarrer gewandt. Der sei auch mal des nachts bei ihr gewesen. Der habe ihr auch helfen wollen, aber nur dann,

Digitized by Google

wenn er mit ihr »verkehren« dürfe. Sie habe abgelehnt, weil sie streng katholisch sei. Aber er habe sie als »Zuneigungsdame« haben wollen. »Es ist dann auch mit ihm zum Verkehr gekommen.« Aber auch der Pfarrer habe seinen Eheschwur nicht gehalten, »obwohl er mir ein Hochzeitsvorbild gezeigt hat«. (Auf Frage: Das Hochzeitsvorbild sei »wie im Kino« gewesen, »wo meine ganze Hochzeit mit ihm dargestellt wurde«.) In letzter Zeit sei es mit den sexuellen Belästigungen etwas besser geworden, aber die übrigen Quälereien hörten nicht auf. Sie könne es aber besser ertragen, weil sie sich in letzter Zeit »im Sinn« viel mit dem Bruder X unterhalte. (Auf Frage: »Was ich den frage, oder er mich, darauf geben wir uns Antwort. Seitdem brauche ich ihm nicht mehr zu schreiben.«) Auch sei ihr des öfteren so, als ob »Bubi in der Nähe ist«. Das sei ganz sicher so: »ich habe das vornommen.« Alle diese nächtlichen Erlebnisse sind »sinnlicher Natur. Es ist, als ob die hinter einer Wand sprächen. Das Ganze ist so, wie wenn ich es im Kino sähe.« Daß sie sich alle diese Dinge nicht einbilde, wie Ref. immer behaupte, sei sicher. Ref. sei doch nachts nicht auf der Abteilung. Sie freue sich so sehr, wenn sie entlassen werde, was ja bald erfolgen müsse, da sie gar nicht begreifen könne, was sie hier noch solle. Man müsse doch endlich einmal einsehen, »daß ich nach all dem Leid von 13 Jahren endlich mal mein Kind und mein Vermögen genießen will«. Dann heirate sie und »nehme mein Bubichen zu mir«.

Diese ganzen Angaben sind von der W spontan und (abgesehen von den beiden eingeklammerten Orientierungsfragen) ohne jede Frage oder Zwischenbemerkung meinerseits gemacht worden. Als ich ihr am Schluß sagte, daß ich nach wie vor ihre ganzen »Erlebnisse« für wahnhaft hielte und daß unter diesen Umständen an eine Entlassung überhaupt nicht zu denken sei, frug W: »Ja, was muß denn sein, bis ich entlassen werde?.« Auf die Antwort, man müsse die Gewißheit haben, daß sie das Krankhafte selbst einsehe und nichts derart mehr äußere, schweigt sie sichtlich betroffen und sieht den Ref. mißtrauisch-forschend an. Sie ist dann tatsächlich einige Tage bei den Visiten still und äußert nichts mehr über Quälereien. Schon am 5. Tag nach der Unterredung beklagt sie sich schon wieder darüber, daß man ihr Kot in die Scheide tue und an ihren Brüsten zöge. Seitdem sind trotz mehrfacher Provokation im obigen Sinne die alten Ideen und Klagen in vollem Umfang wieder eingetreten (November 1931.)

Während der Jahre 1926—31 verhielt X sich wie folgt: Bei seiner Einlieferung ins Zuchthaus (Oktober 1926) machte er einen gedrückten, vergrübelten Eindruck, fiel aber sonst nicht besonders auf. Allmählich veränderte er sich psychisch stark. Aus der Gedrücktheit wurde »eine gewisse ruhelose Hast, Neigung zum Vielreden und Vielschreiben, ein dauerndes Grübeln über seine angeblich ungerechte Bestrafung«. Er neigte dabei zu groben Ausfälligkeiten, unterstellte den Behörden bewußt begangenes Unrecht. Er war äußerst argwöhnisch und mißtrauisch, dabei sehr von oben herab, ironisch, selbstbewußt und anmaßend. Schließlich (Anfang 1928) wurde er immer eigenartiger. Er beschäftigte sich ausschließlich mit den Gesetzesparagraphen, die er falsch auslegte, seine querulatorischen Beschwerden nahmen einen immer krankhafteren Charakter an.

Digitized by Google

An die Direktion der hiesigen Anstalt (September 1927): »Meiner festen Überzeugung nach muß mit meiner Schwester (der bedauernswerten armen Frau!) sehr drohend sein, denn sie ist sehr schwer beschädigt worden sowohl geistig als körperlich durch ihren besonders brutalischen und bestialischen Ehemann. — Hieraus kann man die besten Beispiele ziehen (nehmen), d. h. wie gefährlich die katholische Glaube und die Demut ist! — Die zwei objektive Realien stürzen nicht nur die naiven = aber sogar alle andere und unschuldige Menschen in größtes Unglück und Verderben — meine Schwester, als sie zur Beichte ging und sich über ihren schlechten Ehemann beim Pfarrer beklagt hat, so hat er (der Pfarrer) sie stets getröstet: sie soll recht demütig sein und alle Torturen ausharren. — Sie hat auch die katholischen Demagogen, Pharisäer und Fanatikern feste geglaubt und — den Gott (ein unsichtbares Wesen, Dämon) feste gebetet und hl. Messen gekauft —.« (In deutscher Sprache geschrieben, Original-Orthographie. Ref.)

Im Februar 1928 wurde X erstmalig einer Anstalt überwiesen. Er war dort zunächst außerordentlich mißtrauisch. Bei der Exploration äußerte er u. a.: »Die Urteilsausfertigung entspricht nicht den Tatsachen. Das ist eine Illusion aus der Luft.« Beim Schildern der Straftat geriet er in Tränen, schimpfte auf die deutsche Justiz in heftigem Affekt, sprang vom Stuhl auf, gestikulierte lebhaft, rollte die Augen. Ein Zeichen seiner ungerechten Verurteilung sei der plötzlich eingetretene Tod seines Rechtsanwalts, ihn habe sein böses Gewissen tot gemacht. Schließlich verlor er sich in allgemeine Betrachtungen des menschlichen Lebens. Seine Person hielt er für vollkommen. — Auf der Abteilung beschäftigte er sich mit Sprachstudien, konnte sehr erregt und ausfällig werden, wenn ihm Wünsche abgeschlagen wurden. Zu anderen Zeiten war er lustig, sang und pfiff laut. Die Pfleger bezeichnete er als die Henkersknechte der Ärzte und diese als Bestien, die verdienten ins Gesicht gespuckt zu werden. Er sei unschuldig und ein »erhabener Idealist«. Gegen Ende der Beobachtungszeit wurde er etwas einsichtiger, arbeitete sogar im Garten.

Aus dem schon mehrfach genannten Lebenslauf (Februar 1928): »Jeder Mensch, ob aufgeklärt oder verdummt, ist genau wie jedes Tier von der Natur aus edel und frei geboren und trotzdem, weil die ganze Welt suggestioniert ist, sogleich bilden sich die aufgeklärten Menschen als gnädige Götter und die verdummten Menschen als sog. Engeln (Brutalitäter) ein, daweile ist es grundfalsch und vernunftswidrig sowie größte Sünde (Verbrechen) wider Gott und Natur. Der Mensch, an erster Stelle der aufgeklärte, soll mit Vorbild d. h. als älterer Bruder seinen jüngeren Brüdern leuchten, daweile wurde er der Mörder (Verbrecher) gegenüber seinen jüngeren Brüdern geworden. Ein gebildeter Mensch ist das gemeingefährlichste Tier von allen Raubtieren, denn ein jedes Tier fürchtet sich vor dem Menschen sog. älteren Bruder, da er nichts weiter als Mörder ist und Vernunft will er nicht annehmen. Es wird die höchste Zeit sein, damit die Welt (aufgeklärt oder verdummt) entsuggestioniert wird, damit die Erde mit allen Geschöpfen ein Verheißungsreich sein kann.«

An die W (März 1928): »In der Vormundschaftssache »Y« haben wir — gegen den — (Mitglied der Vormundschaftsgesellschaft, sog. Vormundschaftsrichter, aber für seine eigene Tasche!) beschwert —«.

Digitized by Google

An den Direktor seiner Anstalt (Mai 1928): »Mein lieber Herr Psycholog! So gut Sie fremde Gedanken (das Innere, Seele) nicht kennen, umdestoweniger kennt ein Laie meine Sache d. h. ob die Urteilsausfertigung auf der Tatsache oder auf Ränken beruht. Das alles, was die Urteilsausfertigung schreibt, sind Worte, welche durch Druck (Maschinenschrift) dargestellt worden sind. Also, das sind nur Worte, keine Tatsachen. Und Tatsachen, von denen die Maschinenschrift so schön in Worten niedergeschrieben hat, sind eben die Halluzinationen, Illusionen und erbärmliche phantastische Intrigen gegen einen harmlosen und intelligenten Menschen angewendet(!).«

Im August 1928 wurde X, bei dem die Diagnose »paranoid-querulatorische Persönlichkeit« gestellt worden war, dem Strafvollzug wieder überwiesen. Nach kurzer Zeit machte er schon wieder Schwierigkeiten. Er betrieb fortwährend das Wiederaufnahmeverfahren (die Eingaben umfassen z. T. 50—60 Seiten) seiner Sache, schrieb endlose und gleichförmige querulatorische Berichte an alle möglichen Stellen. Man hatte im Zuchthaus sehr bald den Eindruck, daß der Geisteszustand des X derart sei, daß er auf die Dauer den Strafvollzug nicht vertrage. Es sei nur mit »großer Diplomatie und besonderer Individualisierung« möglich mit ihm auszukommen. Jedes neue Gesicht betrachte er mißtrauisch, vermute hinter jedem einen Spion oder Spitzel. Solange man auf seine Eigenarten weitgehende Rücksicht nehmen konnte, war sein Verhalten im großen und ganzen befriedigend, man kam wenigstens mit ihm aus. Seine Betriebsamkeit in seinen Angelegenheiten geht daraus hervor, daß er gleichzeitig eine große Eingabe an höchster Stelle loslassen will, das Wiederaufnahmeverfahren betreibt und ein Gnadengesuch einreicht, daneben an seine Heimatbehörden schreibt. Einmal verlangte er in einer Eingabe, daß man ihn als politischen Gefangenen betrachte, »weil es meine Pflicht ist, Politik zu treiben«. Diese sinnlose Begründung war ihm nicht auszureden. Als seine Frau ihm mitteilte, daß sie beabsichtige, sich von ihm zu trennen, schreibt er ihr u. a.: »Ich war in der Gewißheit, daß Du den Kursus in — angetreten hast, daß es aber anders geworden ist, klage nicht, meine Liebe, denn dort würdest Du gehetzt und dressiert werden auf das Volk. Solche Arbeit ist für eine Frau wie Du bist, sehr niederträchtig. In dieser Institution müßtest Du Deine ganze Humanität vergessen und einzelne wehrlose Kinder vergewaltigen, denn das verlangt der Adel. Das Wort »Sadismus sadistisch« hat die Bedeutung: der Adel ist bestialisch, ausschweifend, aus Wollust weiß er nicht, was er machen soll um sich zu befriedigen, mehr das letzte befriedigen und diesen Geruch genießt er, wenn er sieht, hört oder liest, daß es auf der Welt schlecht ist, denn das naive Volk wird ohne Schutz geschändet, gemartert und streng geahndet in verschiedenen Arten usw. Weißt Du, auch der Sadist genießt nicht mehr den Geruch und Befriedigung während des Liebesverhältnisses, also wenn den Menschen die hinterlistige Art befällt und er denselben streng ahndet und martert ohne Unterschied ob das Kinder in Erziehungsheimen oder Frauen unter Aufsicht und Kontrolle in Spitälern oder unter Aufsicht als Gefangene oder Sklaven sind —. Daß ich frei werde als Unschuldiger und entschädigt, das ist bestimmt.« Über derartigen Tiraden vergißt X in dem Briefe ganz und gar, daß er eigentlich seiner Frau eine Antwort wegen der Ehescheidungsabsicht geben wollte.

Digitized by Google

Die wahnhafte Einstellung gegen die Behörden, von denen X sich ständig verfolgt und benachteiligt sah, nahm mehr und mehr zu und ging gelegentlich fast ins Groteske. So äußert er einmal, der Staatsanwalt habe ihn nicht leiden können, weil er (X) Ausländer sei und weil der Staatsanwalt einmal von einem Ausländer eine Ohrfeige bekommen habe. Deswegen sei er unschuldig verurteilt worden. Die Behörden schmieden dauernd »Ränke gegen meine harmlose Person«. Neben seiner sonstigen Betriebsamkeit im Schreiben sandte X eine Zeitlang fortwährend Anfragen nach dem Befinden seiner Schwester an die hies. Direktion. Diese Erkundigungen gingen bis ins einzelne, so z. B. Mai 1928: ob sich der Zustand der W »zurzeit gebessert oder verschlechtert hat? Und ob sie körperlich sich wohl (gesund und kräftig) befindet? wieviel sie gegenwärtig wiegt? Ob sie irgendwelche Anfälle hat oder auch mitunter tobt? Sowie ob die schwere Nervenkrankheit bei ihr erblich sei oder erst im Laufe der »Mesallianzezeit« bei ihr aufgetreten ist?«. Die erhaltenen Auskünfte verwob X dann geschickt in seine nächste Eingabe.

Im Oktober 1929 mußte X abermals der Anstalt überwiesen werden. Die Beeinträchtigungsideen hatten sich zu »direkt wahnhaften Verfolgungsideen« entwickelt und sich zu einem förmlichen System ausgebaut. Bei der Aufnahme war er geordnet und ruhig, äußerte jedoch, man bringe ihn zum zweitenmal in die Anstalt, um ihn für verrückt zu erklären und dadurch sein Wiederaufnahmeverfahren lahm zu legen. Er wisse ganz genau, daß der Direktor der Heilanstalt mit dem Direktor der Strafanstalt unter einer Decke stecke. Im übrigen ist aus dieser zweiten Beobachtungszeit, die bis Januar 1930 dauerte, nichts neues zu berichten.

Im Zuchthaus traten die alten Ideen sehr rasch und in voller Stärke wieder in Erscheinung, weshalb X im Juli 31 zum drittenmal in Anstaltsbehandlung kam und sich zurzeit (Oktober 1931) auch noch befindet. Neues bietet auch der Krankheitsbericht dieser dritten Aufnahme bis jetzt nicht. Nur ein Ereignis ist bemerkenswert: beim Baden geriet X eines Tages in Streit mit einem Mitkranken, und zwar ganz grundlos. Nach dem Streit äußerte er, dieser Mitkranke sei auch aus dem Zuchthaus und genau so durch Fernhypnose beeinflußt wie die Pfleger und müsse sich deshalb mit ihm streiten. Über Halluzinationen ist bei X bisher nichts bekannt geworden.

Ehe ich nun in eine epikritische Betrachtung des ganzen Falles W eintrete, möchte ich noch kurz den bisherigen Lebensgang des Sohnes der Frau W (Y) schildern:

Über seine früheste Kindheit war nichts in Erfahrung zu bringen. In der Volksschule und später in der Sexta eines Gymnasiums waren Aufmerksamkeit und Betragen ungemein wechselnd. Längere Zeiten ganz einwandfrei, konnten die Leistungen und das Betragen des Jungen in manchen Jahren nach den großen Ferien im Sommer einen »jähen Absturz« erfahren. Dies war auch der Grund, weshalb der Junge in Sexta sitzen blieb. Gleichbleibend klagten sämtliche Lehrer über Mangel an Aufrichtigkeit und besonders der »für das Alter gemäßen Zutraulichkeit«. Y hatte stets ein ausgesprochenes Bedürfnis, sich an die Lehrer anzuschmeicheln, gleichzeitig aber machte er »hinter dem Rücken Dummheiten«. Sehr unangenehm fiel auf, daß er jede Gelegenheit benutzte, um seine Kameraden beim Lehrer anzuschwärzen. Nach den Sommerferien sammelte er bei

Digitized by Google

den Mitschülern kleine Geldbeträge, um »einen Verein zu gründen«. Das Geld scheint er dann für sich verwandt zu haben. Die Mutter stattete später den Betrag restlos zurück. Sämtliche Lehrer hatten den Eindruck, daß der Junge außerordentlich geschickt im Lügen sei, »so daß man ihn kaum fassen kann«. Der Klassenlehrer der Sexta glaubt, daß man mit dem Jungen besser fahre, wenn man ihn ruhig und freundlich behandle, als wenn man ihn hart anfasse. Die Intelligenz wird von den meisten Lehrern nicht sehr hoch bewertet, man hielt ihn für durchschnittlich begabt.

Über das häusliche Verhalten des Y sind die Prozeßaussagen der verschiedensten Zeugen sehr bemerkenswert. Die Zeugen sind sich sämtlich einig über den Charakter des Knaben und äußern sich fast mit den gleichen Worten. Eine einzige Zeugin sagt, daß der Junge »früher ein gutes Kind« war, zumeist aber kehren Ausdrücke wie »durchaus verlogen«, »hinterlistig«, »völlig verdorben« ständig wieder. Fast alle, die den Jungen und seine häuslichen Verhältnisse aus längerer näherer Beobachtung kannten, sagten aus, daß er »völlig unter dem Einfluß der Mutter steht«. Y benahm sich auch den Mietern gegenüber genau so wie seine Mutter, belegte dieselben mit den gleichen Schimpfworten, streckte ihnen die Zunge heraus und dgl. Für gewöhnlich fand er es nicht nötig, die Mieter zu grüßen, als jedoch einzelne derselben in dem Ehescheidungsprozesse seiner Eltern als Zeugen für die Mutter auftreten sollten, grüßte er diese plötzlich überaus höflich. Spielte er mit anderen Kindern, so verstand er es meisterlich, alle möglichen Dummheiten selbst zu machen oder anzuführen, nachher aber die Schuld auf andere abzuwälzen. Von mehreren Seiten wird betont, daß der Junge »kindliches Wesen« von je habe vermissen lassen. Auffallend häufig kehrt auch die Angabe wieder, daß Y »sittlich ganz verdorben«, »in geschlechtlicher Beziehung sehr aufgeklärt« gewesen sei, und gerade diesen Punkt legen die Zeugen der Mutter besonders zur Last. Im Gegensatz zu den Angaben der W, daß Y »immer eine reelle, anständige und fromme Erziehung« gehabt habe, ergaben die Erhebungen nämlich eindeutig ganz merkwürdige Erziehungsgrundsätze. Die Mutter hat sich stets dem Kinde gegenüber so benommen, als ob sie einen Erwachsenen vor sich habe. In allen Angelegenheiten wurde der Junge gefragt, in alles eingeweiht, alles mit ihm besprochen. Sogar die Grundstücksangelegenheiten wurden mit dem Zehnjährigen verhandelt, seine Meinung darüber eingeholt und dgl. »Sogar, wenn Reparaturen auszuführen waren, mußte sich erst Bubi dazu äußern, und er sollte die Quittungen für die Mieten geben, was ich mir aber verbeten habe«, sagte eine Zeugin. Gerade auch auf sexuellem Gebiet wurde Y von der Mutter (die aus ihm einen katholischen Priester machen wollte!) in sämtliche Details eingeweiht. »In Gegenwart des Kindes hat sich Frau W meiner Frau gegenüber über geschlechtliche Dinge geäußert.« Besonders die Vita sexualis des Vaters scheint für Frau W und ihren Sohn eine Quelle sehr eingehender Besprechungen gewesen zu sein: als der Scheidungsprozeß im Gange war und die Mutter besonders die weiblichen Zeugen des Vaters nach jeder Richtung schlecht zu machen versuchte, hat sie sogar eine längere detaillierte Anzeige über eine Frau an die Sittenpolizei verfaßt und dem Knaben diktiert. Eine weitere Eingabe an das Gericht, die ebenfalls von Y (offenbar nach Diktat) geschrieben war, hatte

Digitized by Google

die unsittlichen Handlungen des Vaters und einen Abtreibungsversuch zum Gegenstand. Überhaupt hat sich die Mutter jahrelang die denkbar größte Mühe gegeben, den Vater in den Augen des Sohnes so verächtlich und so minderwertig wie nur möglich zu machen. Demgegenüber steht dann auf der anderen Seite die maßlose Frömmigkeit, zu der der Junge angehalten wurde. Von früh an wurde Y der Beruf des katholischen Priesters als sein Ziel hingestellt, womit er auch durchaus einverstanden war. Er besaß eine Menge Gebetbücher, einen altarähnlichen Aufbau in seinem Zimmer, Meßgewänder u. dgl.

So lag die Situation, als das Zerwürfnis der Eltern den Höhepunkt erreicht hatte. Schon auf Grund der oben genannten Eingaben unsittlicher Art hatte das Jugendamt den Eindruck, daß der Knabe durch die Mutter sittlich gefährdet sei und hatte zusammen mit dem Vater einen Versuch unternommen, Y in besserer Umgebung unterzubringen. Der Vater war ganz damit einverstanden, zumal er den Sohn bei der Scheidung für sich beanspruchte. Der Versuch schlug fehl, Mutter und Sohn hatten jedoch Kenntnis davon. Als der Scheidungsprozeß sich nun dem Ende näherte und tatsächlich begründete Aussicht bestand, daß Y dem Vater zugesprochen werden würde, und als X zur Regelung seiner Geldforderungen aus Polen angereist kam, änderte sich plötzlich das Verhalten des Y zu seinem Vater in auffallender Weise (14 Tage vor dem Morde). Er besuchte den Vater in dessen neuer Wohnung, war freundlich und zuvorkommend gegen ihn und erzählte ihm: er wolle jetzt fort von der Mutter, da diese ihn schlecht behandle. Bei diesem Besuche will der Junge den Plan gefaßt haben, den Vater in die Mordwohnung zu locken (s. später). Zeugen, denen der Vater die Sinnesänderung des Sohnes zu seinen Gunsten freudig mitteilte, wurden argwöhnisch und warnten.

Hinsichtlich der Beteiligung des Y an der Mordtat selbst ergaben die Erhebungen: Bei seiner ersten Vernehmung wollte Y von dem Mord, auch von dessen belanglosesten Nebenumständen, nichts mehr wissen. Von anderen Tagen und Gegenständen redete er dagegen ganz ausführlich. »Sobald aber vom Mordtage die Rede war, gab er nie gleich Antwort, sondern überlegte auffallend lange. Eigenartig war, daß sich der Knabe nie widersprach.« Er habe geschlafen und wisse von nichts. Dieser vier Stunden dauernden Vernehmung wohnte ein Lehrer als Kriminalhelfer bei, der anschließend sein Urteil abgab: die Beurteilung des Y sei äußerst schwierig. Er mache zunächst einen harmlosen und glaubwürdigen Eindruck. Auffallenderweise gerate er bei der genauen Erörterung der Mordtatsachen nicht in die geringste Erregung und verziehe keine Miene. Auch das Schicksal seiner Mutter und seines Onkels berühre ihn anscheinend gar nicht. Einen verstörten Eindruck mache Y nicht. (Die Vernehmung fand wenige Tage nach dem Morde statt!) Man habe den Eindruck, daß Y mehr von dem Mord wisse, als er zugebe. — Wenige Tage später: Er sei eigentlich auf den Gedanken verfallen, den Vater in die Mordwohnung zu bestellen. Er habe den Vater bei seinem Besuche in dessen Wohnung (unter einem hier nicht näher interessierenden Vorwand) in die Mordwohnung bestellt und dann diese Tatsache der Mutter erzählt mit dem Bemerken, »dann kannst Du ihn mal tüchtig verhauen«. An Umbringen habe er bestimmt nicht gedacht. Er habe den Vater abgeholt und sei hinter ihm in den Vorflur gegangen, dessen Tür er hinter

Digitized by Google

sich geschlossen habe. Im gleichen Augenblick habe er einen dumpfen Schlag gehört, der Vater sei gestürzt. Er (Y) habe Angst bekommen und sei gleich in die Stube gelaufen. — Bei den späteren Vernehmungen rückte der Junge allmählich mit weiteren Einzelheiten heraus. Er gebe zu, daß er in den ersten Vernehmungen gelogen habe, weil »ich Angst hatte«. Er sei so freundlich zu dem Vater gewesen (in der letzten Zeit vor dem Mord), damit der »verhauen« werde. »Ich wollte ihn täuschen.« »Als ich die Tür zugemacht hatte, habe ich aus der Ecke des Flurs schnell einen Besenstiel genommen und feste auf den Vater zugeschlagen. Ich habe von hinten geschlagen.« Auf die Frage, ob der Vater bei der Ermordung geschrien habe: er habe »hübsch lange geschrien«. Daß er (X) beim Eintreffen der Pol. auf dem Sofa der Wohnstube »geschlafen« habe, sei nur »Theater« gewesen. — Weiter ergab sich einwandfrei, daß Y einige Tage vor der Tat zwei Küchenmesser gekauft hatte mit dem Bemerken, sie müßten »recht scharf« sein und am Mordtage selbst drei Liter Petroleum. (In der Wordwohnung waren die elektrischen Sicherungen entfernt.) Auf die erstaunte Frage des Kaufmanns, was sie denn mit so viel Petroleum wollten, sagte Y »die Mutter will eben die Lampen einmal brennen«.

Bei den Vernehmungen wurde Y auch über die angeblichen sittlichen Verfehlungen seines Vaters (während der holländischen Zeit der Mutter) verhört. Als kennzeichnend für die Art und die Ausdrucksweise des Jungen gebe ich eine Probe: »Mein Vater hat mit der — herumgeschmust. Sie haben mich abends ins Bett gejagt, sind in die Stube gegangen, haben sich nackig ausgezogen und abgeküßt. Ich habe gesehen, er hat die lang hingelegt und hat sich auf die gelegt. Er hat sein Ding in ihr Loch gesteckt. Sie hat sein Ding in den Mund genommen und er hat seine Zunge in der ihr Loch hineingesteckt.«

Sehr zu begrüßen ist die Tatsache, daß man bei den Vernehmungen des Jungen einen berufenen Sozialpädagogen zuzog, der auch außerhalb der Verhöre den Y im Waisenhaus, wo er damals untergebracht war, beobachtete. Aus dem Gutachten ist erwähnenswert: Man mußte von der Erwägung ausgehen, daß die schrecklichen Erlebnisse oder doch zumindest deren Folgen eine tiefe seelische Erschütterung des Y zur Folge gehabt hätten. Diese für jeden Normalfall geltende Voraussetzung erwies sich jedoch als falsch. Y bewegte sich von Anfang an ganz unbefangen im Waisenhaus, zeigte zu keiner Zeit irgendeine Unruhe oder Depression, sondern war ganz gleichgültig. Dem Gutachter trat er mit überraschender Ruhe und Selbstverständlichkeit entgegen. Seine Antworten überlegte er lange, kniff dabei die Augen ein, richtete den Blick suchend nach oben. Statt der Antwort kam dann sehr häufig die Gegenfrage: Wie meinen Sie das? Er war durchaus Herr der Situation. Es wurde schnell klar, daß eine auffällige Gefühlsleere bestand. »Sein ganzes Verhalten zeigte mehr als augenblickliche Verschlossenheit und Unwahrhaftigkeit, das konnte nur ein Junge fertig bringen, der Übung in Verstellung und Lüge hatte.« Bei den späteren Besprechungen war Y etwas aufgeschlossener. Vom Vater erzählte er nur Ungünstiges. »Anschaulich und ausführlich schilderte er dessen sexuelle Exzesse.« »Er haßt den Vater noch nach dem Tode« und hält den Mord immer noch für eine Notwendigkeit um »Ruhe« zu bekommen. Mit den moralischen Begriffen er-

Digitized by Google

wies Y sich als hinreichend vertraut, »aber es fehlte eben die Gefühlsbetonung und damit an einem moralischen Werturteil«. Den Gedanken an Reue lehnte Y ab. Auf Vorhalt erwiderte er, er wolle »versuchen zu bereuen«, gab aber am nächsten Tage an, es falle ihm noch schwer. »In dieser naiven Offenheit liegt beinahe der einzige sympathische Zug des Charakters.« Tiefere Gemütsbewegung war bei Y während der ganzen Dauer der Beobachtungszeit nicht zu spüren. Er verabschiedete sich nach jeder Unterredung mit der gleichgültigsten Miene und kehrte freudig zu seinen Kameraden zurück. Das weiche Kindergemüt fehlte ihm. Als er vor dem Staatsanwalt seinen Anteil an der Tat zugab »äußerte er keine Zeichen einer inneren Erregung. Einen Augenblick stellte er sich verschämt wie ein kleines Mädchen, gab aber diese Pose bald wieder auf und verabschiedete sich am Schluß freundlich mit einer artigen Verbeugung.«

Der Junge kam unter Vormundschaft und wurde einem Fürsorgeheim anvertraut. Kurz ehe er in dieses Heim abreiste, schrieb er seiner Mutter ins Gefängnis einen kühl-freundlichen Brief, in dem sehr viel von sich selbst die Rede ist, aber keine Frage nach dem Schicksal der Mutter oder von einem Bedauern, sie nicht mehr sehen zu können.

Über den weiteren Lebensgang des Knaben bis heute (Oktober 1931) wurde mir mitgeteilt (die Aufnahme in das Heim erfolgte März 1926):

»Zunächst besuchte er die Volksschule — darüber beschwerte sich aber die Mutter, sie wünschte und verlangte, daß ihr Sohn, der in — das Gymnasium besucht habe, seine Studien auf einer höheren Schule fortsetzen sollte. Da Y auch selbst diesen Wunsch wiederholt äußerte, erwirkten wir vom Jugendamt — die Genehmigung zum Besuch des Gymnasiums. In — war er auf der Sexta sitzen geblieben. Ihn nochmals auf dieser Klasse anfangen zu lassen, war wegen seines vorgeschrittenen Alters von 13 Jahren untunlich, weshalb wir ihn durch Privatunterricht für die Quarta vorbereiten ließen, in welche er — November 1927 aufgenommen wurde. Leider war er in der Schule nicht so eifrig und fleißig, wie er es hätte sein müssen um voran zu kommen. Seine Lehrer klagten viel über seine Unaufmerksamkeit und Trägheit, auch versäumte er oft unter dem Vorwand von Kopfweh die Schule. So kam es, daß er zu Ostern 1929 nicht versetzt wurde. Da sein Zeugnis so schlecht war, daß ein weiterer Besuch des Gymnasiums aussichtslos erschien, wurde er auf Anordnung des Jugendamtes abgemeldet. Bei der Besprechung, welchen Beruf er ergreifen sollte, entschied er sich für das Baufach. Das Jugendamt gab die Einwilligung, ihn zu einem Bauunternehmer in die Lehre zu geben und ihn später die Baugewerkschule besuchen zu lassen. Aber auch bei dieser praktischen Arbeit zeigte sich Y nicht allzu fleißig, es muß aber zugegeben werden, daß sich für ihn, als früheren Gymnasiasten, aus dem Zusammenarbeiten mit den Arbeitern manche Schwierigkeiten und Unzuträglichkeiten ergaben. Von Herbst 1930 bis Ostern 1931 besuchte er die 5. Klasse der Baugewerkschule in —, im letzten Sommer arbeitete er wieder praktisch und geht nun wieder — in die Baugewerkschule, die er noch vier Semester besuchen muß, um dann die Ingenieurprüfung zu machen. Ob er dieses Ziel erreichen wird, läßt sich mit Bestimmtheit nicht voraussagen. Jedenfalls muß er sich noch entschieden

Digitized by Google

mehr Mühe geben als bisher. Es ist leider zu beklagen, daß er sehr leichtsinnig veranlagt ist und die Arbeit nicht ernst genug nimmt, er interessiert sich zuweilen mehr für das Vergnügen als für die Arbeit. Im Umgang zeigt er sich sehr höflich, aber auch äußerst empfindlich, gegen Kameraden kann er rücksichtslos und gegen Vorgesetzte herausfordernd sein. In seinem Benehmen ist er vielfach unaufrichtig, auch wohl heuchlerisch, ein Augendiener, der sich einzuschmeicheln sucht. — Jedoch ist in seinem ganzen Wesen eine merkliche Besserung festzustellen, weshalb man hoffen darf, daß er in Zukunft besser arbeiten und mehr leisten wird als bisher.«

Von Briefen des Jungen stehen mir eine größere Anzahl zur Verfügung, die er in den Jahren 1926—1931 an die Mutter schrieb, sowie einige an den Onkel X. Interessant ist nun, daß diese Briefe, soweit sie auf der Rückseite des Umschlags den Stempel des Heims tragen, durchaus indifferent und — besonders in den ersten beiden Jahren — kindlich-harmlos sind. Sie sind also offenbar redigiert, weshalb sich hier eine Wiedergabe erübrigt. Tragen die Umschläge den Stempel des Heims jedoch nicht, so sind sie in Inhalt und Schrift (letztere erweckt öfters den Eindruck des Hastigen, an Gelegenheitsorten Angefertigten) ganz anders. Der kindlich-naive Ton schwindet, der Inhalt besteht vorwiegend in Wünschen für seine eigene Person, gelegentlich in ziemlich groben Äußerungen über seine Verwandten. Nach dem Befinden der Mutter ist zwar meist gefragt, aber mehr nebenbei, oft unvermittelt zwischen eigene Wünsche eingeschoben. Über seine Heim-Vorgesetzten steht nie ein Wort der Klage, mehrfach ein Lob auch in den offenbar geschmuggelten Briefen.

An die Mutter (Oktober 1928): »Ich kann es gar nicht verstehen, wie er (gemeint ist ein Verwandter, der die Vermögensverwaltung der W und des Y damals in Händen hatte. Ref.) dazu kommt sich von seiner Frau so unterdrücken zu lassen (die sich gegen Geldforderungen des Jungen gewehrt hatte. Ref.). Bitte besorge es selbst mit dem Gelde, aber bald!!!« Beigefügt ist diesem Schreiben der Brief der Tante, in dem sie sich den frechen Tonfall des Jungen in seinen Schreiben verbittet mit der Bemerkung: »Du hast nicht Deine Mutter vor Dir, mit der Du so etwas machen konntest.«

An die Mutter (März 1929): »Welche Uhr soll ich mir schicken lassen. Die goldene mit Sprungdeckel oder die ohne Sprungdeckel. Schreibe es mir bitte bald!! Wie ist es denn mit meinem Fahrrad? Hattest Du es vorher verkauft oder steht es noch in unserer Wohnung?« In einem anderen leider verloren gegangenen Brief dieses Jahres teilt der Junge seiner Mutter mit, er sei jetzt unter die Kommunisten gegangen und entjungfere Mädchen.

An X im November 1929: »— Du hast auch in den Briefen einigemal geäußert, Mama wäre geisteskrank und Du wärest durch meine Schuld verurteilt worden. Ich bin doch von den Professoren für normal und glaubwürdig erklärt worden!! Und meine Aussagen stimmten, da kannst Du Dich nicht entschuldigen und die Schuld auf mich schieben. — Seit wann ist denn Mama verrückt, ich habe noch nichts davon gehört. — Daß Du so einen auf deutsch gesagt großen Blödsinn machen konntest (gemeint ist eine Anzeige des X gegen den Heimdirektor wegen

Digitized by Google

angeblicher Mißhandlung des Y. Ref.), hätte ich mir doch niemals gedacht. Wenn Du nicht bald damit aufhörst, werde ich — an die Behörde etwas Dir nicht Liebsames einreichen. — Der Herr Direktor hat aus mir einen flotten Gymnasiasten gemacht.«

An die Mutter (Januar 1931): »Der (oben genannte Verwandte) hat mir auch schon lange nicht mehr geschrieben. Schon bald drei Jahre. Warum hast Du ihm denn Dein Haus übergeben, wenn er sich nicht um Dich kümmert? Diese Tage werde ich ihm auch einen großen Brief schreiben, daß er sich untersteht und Dich im Stich läßt. Wenn mir das Haus gehörte, wäre er in 24 Stunden rausgeworfen.«

»Der einer Tötung vorangehende Kampf der Motive, die Dauer dieses Kampfes, die Motive selbst, die Art der Ausführung, das Objekt des Angriffs, die Höhe oder das Fehlen des Affekts, in alledem sehe ich nur Symptome; die Diagnose des Falles darf kein Symptom als unwesentlich betrachten, denn nur aus der Gesamtheit der Erscheinungen ergibt sich die richtige Diagnose, das Gesamtbild der Persönlichkeit.«

Diese von *Aschaffenburg* 1912 gelegentlich eines Vortrags über »Mord und Totschlag in der Strafgesetzgebung« ausgesprochenen Gedanken möchte ich als Leitfaden der Beurteilung auch in dem hier besprochenen Mordfalle W benutzen. — Fragen wir uns also zunächst nach den Motiven und deren zeitlicher Dauer.

Als die W 1912 ihren späteren Ehemann kennen lernte, befand sie sich in guter, auskömmlicher Lebensstellung und sparte ihren Erwerb schon seit langen Jahren mit zäher Beharrlichkeit, um Nonne werden zu können. Sie stand damals mit einem fertigen und zudem in seiner Ausführung bereits weit vorgeschrittenen Lebensplan da, an dessen Ausführung ihr um so mehr lag, als sie bigott fromm war. Auf Grund der Anfang 1913 erfolgten Schwängerung ging dieser Lebensplan restlos in die Brüche, denn »nur reine Kinder können katholische Schwestern werden« (W in einer Vernehmung). Aber nicht nur der Lebensplan war zu Ende, es begann zugleich die Sorge um das Kind. Aus den eigenen Worten der W geht deutlich hervor, daß sie schon vor der Geburt die mannigfachsten Pläne schmiedete, was aus dem Jungen (denn einen solchen erwartete sie) werden solle. »Beamter, Studium, Priester« sind die Leitgedanken dieses Vorsorgens, also insgesamt sogen. sichere Positionen (1913!). Aber um diese Positionen zu erreichen, ist Geld nötig. Das muß eben beschafft werden, und die W traut sich dies ohne weiteres zu, wozu sie nach ihren bisherigen Erfahrungen ja auch Grund hatte. Zu den Positionen ist aber noch etwas anderes nötig: eheliche Geburt. Nun beginnt für die W der neue Konflikt mit dem Mann, nämlich die Differenz des Glaubensbekenntnisses. Ihrem absolut und unweigerlich katholischen Denken (»protestantischer

Digitized by Google

Hund« ist für jeden Andersgläubigen ein beliebtes Schimpfwort der W) mußte der andersgläubige Mann um so mehr zuwider sein, als er ihr bereits ein Unrecht zugefügt hatte, indem er sie schwängerte. Daß sich dies auf dem Wege zweimaliger »Vergewaltigung« ereignet haben soll, ist durchaus unwahrscheinlich, dagegen glaube ich bestimmt, daß die W von ihrem späteren Ehemann defloriert worden ist. Sie hat bei ihrer ausgesprochenen Religiosität und ihren Gedanken an Klosterberuf sicher »nie nach Herren umgeguckt«. Andererseits dürfte die heute so stark im Vordergrund stehende Sexualität der W auch früher vorhanden gewesen sein. Sie verträgt sich ja auch gut mit dem starken und dabei doch so primitiven Religionsgefühl dieser Frau. So hat sich der Geschlechtsverkehr und die Schwängerung wohl einfach auf dem Wege normaler Verführung abgespielt. Aber in den Augen der W war es nun einmal eine Vergewaltigung und ein Unrecht. Dieses Unrecht wurde erheblich verstärkt, als der Mann sich zunächst allem Anschein nach weigerte, eine Ehe zu schließen (er war damals schon vor der Frau gewarnt worden). In letzter Minute erklärte er sich endlich dazu bereit, der Junge wurde sechs Tage nach der katholischen Trauung geboren. Nun hatte die W wenigstens eine eheliche Geburt ihres Sohnes erzielt und konnte an die Verwirklichung ihrer Berufspläne für den Jungen gehen. Sie griff ihren eigenen Aussagen gemäß diesen neuen Lebensplan mit der gleichen Hartnäckigkeit auf, mit der sie schon einmal ihre ganze Tätigkeit auf den Klosterberuf eingestellt hatte. Dabei war der ganze Lebensweg des Y ohne weiteres vorgezeichnet, und die Belange des Mannes wurden bewußt hintangestellt. »Essen und Ordnung« genügte für ihn. Der bald nach der Verheiratung einsetzende Krieg brachte die W dann fast in ihre alte Lebenslage zurück: der Mann war fort, der Nähberuf wurde wieder lebhaft betätigt. Aber eine Sorge blieb der Mann doch: er konnte »invalide« wiederkommen. Man darf ohne weiteres annehmen, daß nicht Mitleid, sondern die Angst, den Invaliden eventuell auf der Tasche zu haben, bei der Frau wirksam war, besonders wo sie selbst sagt, sie habe nie im Leben Zuneigung zu dem W empfunden. Aber der Mann kam gesund zurück, und die alten Reibungsmöglichkeiten setzten wieder ein und zwar in verstärktem Maße, als die W das erste Grundstück kaufte. »Der Sohn ist der Erbe«, für den Mann genügte Arbeitslosenunterstützung. Nun kam etwas neues hinzu: in ihrer Gier — möchte man fast sagen — nach schnellem Erwerb von Besitz griff die W die ihr von X anvertrauten Gelder zu eignen Zwecken an und verkaufte später sogar dessen Wertsachen, als sie in Holland »wertbeständiges Geld« verdienen wollte, um davon ein zweites Grund-

Digitized by Google

stück zu kaufen. Der Bruder war ja fern in Polen und konnte keinen Widerstand leisten. Die Hauptsache war der eigene Vorteil und deshalb beging der Mann ein weiteres »Unrecht«, als er das zweite Haus auf seinen Namen schreiben ließ. Der Fehler konnte zwar wieder gut gemacht werden, aber der infolge der (vielleicht tatsächlichen) ehelichen Untreue des Mannes sowieso schon wieder verschärfte Gegensatz der Eheleute wurde noch größer. Dies um so mehr, als die W trotz ihres Mangels an Zuneigung eine ganz ausgesprochene Eifersucht entwickelte, die wohl ihrem ausgesprochenen Sexualgefühl entsprang. Sie fühlte sich nun einmal durch den Ehemann in allen Dingen benachteiligt und betrogen. Zur Siedehitze steigerte sich der Haß der W in dem Augenblick, als der Mann die Scheidung beantragte und deutlich durchblicken ließ, daß er den Sohn für sich beanspruchen werde. War er für die W bislang ein Faktor gewesen, der die scharf gezogene Lebenslinie immer wieder störte, so drohte es jetzt soweit zu kommen, daß er sie zerstörte. Aber auch auf einem anderen Wege schien das mühsam Erworbene bedroht zu werden: X mahnte von Polen aus wegen seines Geldes. Eine zeitlang konnte man diese Mahnungen zwar ignorieren, auf die Dauer mußte aber irgend eine Stellung genommen werden. Was lag näher, als daß man die Schuld ganz dem Manne zuschob und den X dahingehend orientierte, daß der Mann das ganze Vermögen an sich zu bringen suche. Als X daraufhin aus Polen angereist kam, war die Situation so weit gediehen, daß *Bretschneider* und *Raestrup* mit Recht von einer »mit Mordgedanken geschwängerten Atmosphäre« sprechen können. Wie sehr die W damals den Tod des Mannes wünschte, geht aus ihren vielen Äußerungen hervor, die sie jedem, sogar dem eigenen Sohne gegenüber machte (s. o.). Sehr wichtig scheint mir hier nochmals der Hinweis auf die Differenz der Religion. Es ist dies ein Punkt, der bei der W neben ihrer Gier nach Geld eine wesentliche Rolle spielt. »Unsern Pappa hat die Zuchtrute Gottes bestraft« kann sie noch nach dem Morde schreiben. Man gewinnt aus einer solchen Äußerung, die keineswegs vereinzelt dasteht, fast den Eindruck, als ob sich die W als ein Werkzeug Gottes betrachtet hätte. — So sind von dem Gesichtswinkel der W aus betrachtet, reichlich Motive endogener Natur — wenn ich so sagen soll — vorhanden, um den Mord an dem Ehemanne zu »verstehen«. Wie steht es in dieser Hinsicht mit den beiden anderen Tätern?

Bei X scheint die Frage ohne weiteres klar zu liegen: er sah sein beträchtliches Vermögen (40000 M.) bedroht. Offenbar hat er nach seiner Ankunft in Deutschland zunächst den Versuch gemacht, auf legalem Wege (Versteigerung des Hauses der

Digitized by Google

W usw.) das Seinige zurückzuerhalten und es ist zwischen Schwester und Bruder zu erregten Auseinandersetzungen gekommen. Wie es aber dann zu dem Abschwenken des X vom legalen auf den illegalen Weg kam, so daß er sich (woran nicht gezweifelt werden kann) aktiv an der Ermordung beteiligte, ist nicht zu sagen. Nach meiner Empfindung klafft hier eine Lücke, die sich heute nicht mehr schließen läßt. Der Richter des Ehescheidungsprozesses hat betont, daß die W ihre Aussagen bei den Scheidungsverhandlungen mit einer solchen Überzeugungskraft gemacht habe, daß er sie anfangs tatsächlich für die Verunrechtete gehalten habe. So wäre es möglich, daß die W ihrem Bruder den Ehemann in einem solch schlechten Licht zu schildern wußte, daß X nur auf ungesetzliche Weise wieder zu seinem Gelde kommen zu können glaubte. Unter dieser Voraussetzung liegen auch bei X genügend Motive zur Tat vor, auch bei ihm bleibt alles im Verständlichen, Einfühlbaren. — Anders der Junge. Bei ihm ist die Klärung der Motive zweifellos am schwierigsten. Wichtig scheint mir da zunächst die Tatsache zu sein, daß der Junge von seiner Mutter schon im Alter von 10 Jahren als Erwachsener behandelt wurde und daß alle Belange der Grundstücke, der Mieter usw. mit ihm beraten, ja sogar seine ausgesprochene Meinung darüber eingeholt wurde. Wichtig scheint mir weiter, daß die W dem Y den Beruf des katholischen Priesters von je als Ideal vorredete, ein Ideal, was ihrem ungemein primitiven Katholizismus naturgemäß im vollsten Glanz der Glorie erscheinen mußte und sicherlich in dieser Form dem Jungen vorgesetzt wurde. Daß alle diese Dinge sehr ungünstig auf den Jungen wirken mußten, ist klar, ebenso daß auch er sich durch seinen Vater in der Erreichung seines Berufszieles bedroht sah. Sehr ungünstig muß endlich gewirkt haben, daß die Mutter den Vater in den Augen des Sohnes zo schlecht machte wie nur möglich und insbesondere seine Vita sexualis eingehenden Besprechungen mit dem Kinde unterwarf. Da sie sich im übrigen von Y (in dem sie wohl schon den fertigen katholischen Priester sah) scheinbar alles gefallen ließ (siehe die oben zitierte Briefstelle der Tante des Y), so kann es nicht wunder nehmen, daß der Junge z. Zt. des Mordes als ein sehr selbstbewußter, von seiner Wichtigkeit stark überzeugter Unreifer dastand. Aber das alles erklärt nicht, daß er in so weitgehender Weise aktiv an der Tat beteiligt war. Ein normales Kind mußte selbst unter den angegebenen Umständen zu einer derart aktiven Rolle unfähig sein. Wir stoßen also von der Seite der Motive aus betrachtet zum ersten Male auf eine deutlich anormale Persönlichkeit.

Über das Objekt des Mordes, den Ehemann, kann nach

Digitized by Google

allem, was bekannt geworden ist, gesagt werden, daß es sich augenscheinlich um einen Durchschnittsmenschen nach jeder Richtung hin gehandelt hat, der sicherlich seine Fehler hatte, aber im ganzen genommen kaum ein wesentliches Hindernis für irgendwen, geschweige denn seine aktive Frau, gewesen sein dürfte. Eine wesentliche Bedeutung erlangte er erst in dem Augenblick, als er gegen seine Frau den Schutz der Gesetze in Anspruch nahm und in dem Scheidungsprozeß seine Ansprüche an den Jungen geltend machte. In diesem Moment wurde er für die Lebenspläne der W zu einer wirklichen Gefahr, besonders weil er sich mehrfach gegen den Priesterberuf des Sohnes ausgesprochen hatte und weil somit damit zu rechnen war, daß dieser Beruf für Y nicht mehr in Frage kam, wenn er dem Vater zugesprochen wurde. So bleibt auch vom Objekt aus betrachtet der Mord im Erklärlichen.

Nun die Art der Ausführung. In geradezu ausgeklügelter Weise ist die Mordwohnung von der W hergerichtet worden. Sie hat dafür fast einen ganzen Tag gebraucht, wobei sie »heilige Lieder« sang(!), die Rollen waren bis ins einzelne verteilt. Kurz vor der Tat saßen die Mörder in der Wohnung und nahmen Alkohol (in allerdings nur geringer Menge) zu sich. Als das Opfer von dem Sohn herangebracht wurde, wartete man kaum, bis die Türe in Schloß gedrückt war um mit dem Angriff auf dem engen, kaum beleuchteten Vorflur von vorn und hinten mit Messern, Beil und Besenstiel zu beginnen. Bis hierhin kann man also ohne weiteres von einer planmäßig vorbereiteten und mit kühler Überlegung unternommenen Handlung sprechen. War nun der weitere Verlauf ebenso kühl? Ich glaube nicht. Um diese Frage näher zu klären, muß auf die aus der Ortsbesichtigung sich ergebenden Details und auf die Leichenzerstückelung näher eingegangen werden.

Der Mann wurde, wie die kriminellen Erhebungen zweifelsfrei ergaben, im Vorflur mit einem Beil an die Stirn geschlagen und erlitt einen Schädelbruch, der aber nicht unbedingt tödlich war. Aus der Art der Blutspuren geht hervor, daß er »einige Zeit« im Flur gelegen hat und dann in die Küche geschleift wurde, wo er wieder mit dem Beil die eigentlich tödlichen Hiebe an den Schädel erst bekam. Alsdann ist mit einem Küchenmesser auf den Körper »wild darauf losgestochen worden« (*Bretschneider* und *Raestrup*).

Bei diesem Hergang könnte man sich folgendes über die Affektlage der Täter denken: während sie im Beginn der Tat noch relativ kühl überlegten, was sie taten, setzte später ein sinnlos gesteigerter Wutaffekt ein, der zu dem wilden Losstechen auf den Körper des Mannes führte. Die alles beherrschende Wut gegen den Mann entlud sich explosiv, die Stiche mit dem Messer trafen nachweislich einen Sterbenden und schließ-

Digitized by Google

lich sogar Toten. Es ist höchstwahrscheinlich, daß die W diese Stecherei allein ausgeführt hat, und man wird dabei unwillkürlich an die Hartnäckigkeit erinnert, mit der diese Frau ihre gesamten Ziele verfolgte. Jedenfalls: ein ins Maßlose gesteigerter Affekt ist für einen bestimmten Zeitraum der Tötung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit anzunehmen. Dies geht ja auch aus den Verletzungen hervor, die die Täter (bes. die W) sich selbst beigebracht haben nach Annahme des Gerichts[1]). Wie steht es nun mit der Affektlage bei der folgenden Zerstückelung der Leiche?

Es ist angenommen worden, daß die Zerstückelung den Zweck hatte, die Leiche zu beseitigen. Der Kopf war mit sicheren Schnitten vom Rumpf getrennt, die Loslösung der Arme in den Schultergelenken wies schon planlosere Schnittführung auf, die Weichteile der Oberschenkel endlich waren in völlig unruhiger planloser Weise durchtrennt.

Aus diesen fachärztlichen Erhebungen muß gefolgert werden, daß der gesteigerte Affekt wieder abgeklungen war und erst unter dem Eindruck der drohenden Entdeckung durch die Polizei erneut erwachte und zwar diesmal als Ausdruck der Angst. Aber die Lostrennung des Genitale? Ist sie auch als ein Ausdruck des Wunsches der Beseitigung der Leiche anzusehen? Um dieser Frage näher zu kommen, sei kurz auf die zusammenfassende Arbeit über Leichenzerstückelung eingegangen, die *Ziemke* 1918 veröffentlicht hat und die bis heute nicht überholt ist (*Haberda*).

Ziemke erläutert an Hand von 94 Fällen die Begriffe der defensiven und der offensiven Leichenzerstückelung. Er betont, daß sich nicht ein einziger Fall gefunden habe, in dem der Getötete nachweislich noch gelebt habe, als sein Körper zerstückelt wurde. Aus der Art der Ausführung lasse sich der Beweggrund des Täters zumeist erschließen, wenngleich allen Funden zerstückelter Leichen etwas Grausiges und Mysteriöses anhafte. Allermeistens liege der Wunsch vor, die als Ganzes schwer zu beseitigende Leiche leichter verschwinden zu lassen. Diese defensive Leichenzerstückelung lag bei den 94 Fällen 84mal vor. Der Rest von nur 10 Fällen verfalle unter den Begriff der offensiven Zerstückelung. Diese kennzeichne sich durch eine unregelmäßige und völlig zwecklose Verstümmelung, durch Verstreuung von Leichenteilen in der Umgebung des Tatorts ohne Tendenz, sie zu verbergen, endlich durch Fortnehmen von Leichenteilen vom Tatort. Bei der offensiven Form handle es sich in der Regel um geisteskranke Täter (Schizophrene, epileptische Dämmerzustände, hochgradig Schwachsinnige) oder um die Befriedigung einer leidenschaftlichen Erregung (Wut, Sexus).

[1]) Es konnte nicht klargestellt werden, bei welchem Teil der Mordhandlung und auf welche Weise im einzelnen diese Verletzungen entstanden sind. Es ist daher überflüssig, sie hier genauer zu diskutieren. Nur möge betont werden, daß sie evtl. schon in dem engen Vorflur, also ganz zu Beginn entstanden sind. In diesem Falle könnte man schon für den Beginn des Mordes mit einem maßlos gesteigerten Affekt rechnen.

Digitized by Google

Sieht man sich auf Grund dieser Auseinandersetzungen *Ziemkes* die Leichenzerstückelung im Falle W noch einmal an, so fällt aus dem Rahmen der ganz zweifellos als defensiv aufzufassenden Abtrennung des Kopfes und der Arme die Lostrennung des Genitale als ebenso zweifellos auffallend heraus. Dieser Teil der Verstümmelung des Toten kann m. E. ganz unbedenklich als völlig zwecklos bezeichnet werden. Auch das zweite Kennzeichen, welches *Ziemke* für die offensive Verstümmelung gibt, liegt vor: das Genitale lag nicht — wie die anderen Teile — im Waschkessel, sondern in einem Ausguß. Ich glaube somit nicht, daß die Abtrennung des Genitale mit der übrigen Leichenzerstückelung im Falle W gleichzusetzen ist. Stimmt dies, dann muß es aber auch zu einer anderen Zeit losgetrennt worden sein, als Kopf und Arme. Ich glaube nicht zu konstruieren, wenn ich annehme, daß das Glied kurz nach der Zeit der sinnlosen Stecherei abgetrennt wurde, also ebenfalls als Ausdruck der höchsten Wut. Die Leichenzerstückelung begann m. a. W. offensiv und endete defensiv. Die W hat auch gerade die Lostrennung des Genitale später immer in Abrede gestellt und sagt selbst vor kurzem (August 1931): das müsse wohl in der Wut geschehen sein. — Aus dem Gesagten scheint mir hervorzugehen, daß der Affekt bei der Tötung aufs höchste gesteigert war.

Auch das Benehmen der W beim Eindringen der Polizei ist einer kurzen Besprechung bedürftig. Ohne auf die Einzelheiten weiter einzugehen, möchte ich nur die Tatsache noch einmal unterstreichen, daß sie versuchte, ihre unbeschuhten Füße in den Ofen zu stecken. Auch von dieser Handlung hat die W späterhin konstant behauptet, daß sie nichts davon wisse. Ich komme auf diesen Punkt in anderem Zusammenhang noch zurück.

Über den Umfang, in dem sich X an der Tathandlung beteiligt hat, fehlt genaue Kenntnis. Er ist sicher beteiligt gewesen, wie sich aus der blutdurchtränkten Unterkleidung und Blutflecken an Gesicht und Händen ergab. Beim Eintreffen der Polizei saß er jedoch in der verschlossenen Wohnstube und hatte einen auffallend sauberen, d. h. blutfreien Anzug an. Daraus darf wohl geschlossen werden, daß bei ihm der Affekt höchstens vorübergehend gesteigert war und daß er dann alle verfügbaren Mittel anwandte um sich aus der Sache zu ziehen.

Wieder ist das Verhalten des Jungen am auffälligsten. Er hat seine Rolle als Schlepper ohne nennenswerte Aufregung durchgeführt (Aussagen von Zeugen, die ihn in der Elektrischen sahen). Er hat unaufgefordert die ganze Mordhandlung eingeleitet, indem er mit den Worten: »Na, ich gehe jetzt«, die Mordwohnung verließ, um den Vater zu treffen, er hat sofort nach der Rückkehr den bereitgestellten Besen ergriffen und von hinten auf den Vater ein-

Digitized by Google

geschlagen. Beim Eintreffen der Polizei lag er in der Wohnstube auf dem Sofa und schien zu schlafen. Das einzig Auffällige war, daß Y bäuchlings auf dem Sofa lag. Dies ist aber auch das einzige Zeichen, welches man für einen gewissen Affekt des Jungen anführen könnte. Im übrigen scheint ihn bei der ganzen Tat die kühle, ruhige Überlegung nicht verlassen zu haben.

Ziehe ich aus diesen Erörterungen über die Ausführung der Tat und die Affektlage der Täter dabei die Schlußfolgerungen, so läßt sich sagen: es ist ein eigenartiges Gemisch von kühler Überlegung und bis ins Sinnlose gesteigertem Wutaffekt feststellbar. Dabei zeichnet sich die W hinsichtlich der Wut ganz besonders aus, so daß es sogar zu offensiver Leichenzerstückelung (Abtrennen des Genitale) und nicht ganz unerheblichen Selbstverletzungen kam. Dagegen ist ein gesteigerter Affekt bei X nur in geringem und bei Y in gar keinem Grade nachweisbar. Bei letzterem hat die kühle Überlegung trotz der grauenhaften Szene, an der er noch dazu aktiv beteiligt war, überhaupt nicht aufgehört. So fällt Y zum zweiten Male als deutlich anormal auf, insofern sein ganzes Verhalten ganz und gar nicht dem eines normalen 11jährigen Kindes entspricht. Aber auch die maßlos gesteigerte Affektlage der W ist jetzt auffällig. Der einzige nach wie vor Unauffällige bleibt X.

Fragen wir uns nunmehr, was sich aus den bisher besprochenen Punkten hinsichtlich der Persönlichkeit der Täter ergibt.

Nachdem die W ihr eigenartiges Verhalten (anscheinende Schwerbesinnlichkeit, reden in abgebrochenen Sätzen, nicht antworten auf Fragen) nach kurzer Zeit aufgegeben hatte und in ganz geordneter Weise Angaben machte und sich verteidigte, war das Gutachten zu dem Ergebnis gekommen, daß es sich um eine »nervöse Frau mit Neigung zu hysterischen Erscheinungen« handle. Schon vorher war sie einmal als »psychopathische Persönlichkeit mit Neigung zu hysterischen Erscheinungen« bezeichnet worden. In der Hauptverhandlung wurde dann noch einmal betont, daß das ganze Verhalten der W beim Ertapptwerden und in den nachfolgenden Tagen als »hysterischer Abwehrzustand« gedeutet werden müsse. An ihre Neigung zu starken Affektschwankungen habe sie sich so gewöhnt, daß diese zur zweiten Natur geworden seien und ihre Überlegung nicht beeinflußten. Füge ich noch einmal hinzu, daß die W allgemein als äußerst reizbar, jähzornig und ausfällig, gelegentlich sogar handgreiflich werdend geschildert wurde (und das schon bei den geringsten Anlässen, wo ihr ihrer Meinung nach Unrecht geschah), so ist alles angeführt, was sich für eine Persönlichkeitsanalyse verwerten läßt. Ich komme zu folgender Anschauung: die hervorstechendsten Eigenschaften dieser Frau sind ihre starke Reizbarkeit und die zähe Beharrlichkeit im Verfolgen

Digitized by Google

von ihr für richtig gehaltener Ansichten und Ziele. Gerade der zweite Faktor tritt bei ihr in einer derart zugespitzten Form hervor, daß er hinsichtlich ihrer Lebensführung geradezu beherrschend wird und alles im Leben sich unter seinem Gesichtswinkel abspielt. Ganz besonders zeigt sich diese hartnäckige Zielstrebigkeit bei dem für den Jungen vorgezeichneten Lebensweg. Schon vor der Geburt wird der Beruf des zu erwartenden Kindes eisern festgelegt. Es wird gar nicht erst erwogen, ob das Kind wirklich ein Junge sein wird, es wird gar nicht danach gefragt, ob der Beruf des katholischen Priesters diesem Jungen liegt oder nicht, es wird eben so kommen, weil sie es so will. Über dem Hauptziel werden alle Nebenziele, so auch die Belange des Mannes und bis zu einem gewissen Grade sogar die eigenen (das erste Grundstück wird auf den Namen des Sohnes geschrieben) als unwichtig empfunden. Die ganze Umwelt hat für die W nur den einen Zweck, ihr Ziel zu fördern. Dabei wird zur Rechtfertigung der eigenen Handlungen immer wieder die Religion benutzt. Die bigotte Frömmigkeit und die Kirchenlauferei ist für die W gewissermaßen der Freibrief für alle sich gegen die Andersgläubigen richtenden Angriffe. Diese Anschauung geht aus der oben zitierten Briefstelle an Y sehr schön hervor. Ich kann diese Briefstelle nicht als simulative ansehen, denn Äußerungen ähnlicher Art hört man von ihr auch heute noch sehr häufig. Sie wirkt dabei durchaus glaubhaft und kann in Gestik und Mimik dann etwas fast Prophetisches darstellen. Daß die ganze Tendenz der W sich auch auf die Mieter der eigenen Häuser erstrecken mußte, ist bei solcher Anschauung nicht verwunderlich. Auch die Mieter waren eben in erster Linie Geldquellen, eine weitere Bedeutung hatten sie nicht. So erklären sich die häufigen und gegebenenfalls bis zur Tätlichkeit führenden Streitereien mit den Hausbewohnern, da jedes, wenn auch noch so berechtigte Verlangen eines Mieters an den Eigentümer als unwillkommenes Hemmnis auf dem Wege des schnellen Gelderwerbs und damit des dem Jungen vorgezeichneten Ziele wirken mußte. Von dieser Seite aus beleuchtet, verläßt aber die Art, in der die W ihre Belange vertrat, m. E. die Breite der Norm, die Idee wird m. a. W. zur überwertigen Idee, die mit beherrschender Allgewalt die Erregbarkeit und damit die Handlungsweise der Frau bestimmt. Durchsetzen um jeden Preis, wird der Wahlspruch, alle Ansprüche der Umwelt, die das Ziel stören, sind abzuwehren, denn da sie das Ziel stören, müssen sie unberechtigt sein. So muß notwendigerweise aus der überwertigen Idee und der Reizbarkeit der W der »Kampf nach außen« *(Kurt Schneider)* erwachsen. — Aus dem Gesagten ergibt sich wohl die Berechtigung, die W eine »expansive fanatische Psychopathin« im Sinne *Kurt Schneiders* zu nennen. Mit dieser Diagnose stimmen auch die übrigen psychischen Komponenten gut überein:

Digitized by Google

das schon ans geltungssüchtige streifende Selbstbewußtsein der W, ihre überall und jederzeit feststellbare Unfügsamkeit (die öfters genannte servile Höflichkeit widerspricht dem keineswegs), ihre Religiosität, ihre Reizbarkeit, die bis zu Gewaltakten gehen kann. So erklärt sich auch der endliche schwerste Gewaltakt, der Mord am Ehemann, zunächst zwanglos aus dem explosiven Fanatismus der Frau.

Ich bin mir keineswegs darüber im unklaren, daß es heute sehr schwer ist, sich über das damalige Bild der Persönlichkeit der W ein exaktes Bild zu machen. Aber auf Grund der genauen Kenntnis ihres jetzigen Verhaltens und nach eingehendem Lesen aller in den Akten niedergelegten Einzelheiten bin ich doch zu dem Schluß gekommen, daß das Fanatische bei ihr der ausschlaggebende Faktor der Persönlichkeit damals gewesen ist und auch heute noch spürbar vorhanden ist. Daß das ganze Verhalten der W beim Eindringen der Polizei als eine psychogene Abwehrreaktion aufgefaßt werden darf, kann ohne weiteres angenommen werden, ebenso ihre anfängliche Schwerbesinnlichkeit, ihr gekünsteltes Wesen und dergleichen. Dagegen glaube ich nicht, daß alle diese Dinge restlos als ein mehr oder weniger bewußtes Theaterspiel bezeichnet werden können. Dagegen spricht m. E. die Tatsache des Hineinsteckens der unbeschuhten Füße in den brennenden Ofen. Gerade diese Erscheinung spricht doch dafür, daß der psychogene Zustand auf dem ganz akuten Schreckerlebnis beim Eindringen der Polizei beruhte. Stimmt dies, so kann der psychogene Zustand aber nicht als Grundlage der Persönlichkeit verwertet werden, sondern es handelt sich eben um einen akuten Zustand, wie ihn jeder Mensch bieten kann, wenn das auslösende Schreckerlebnis stark genug oder die psychische Zusammensetzung empfänglich genug ist. Daß die psychische Zusammensetzung der W für psychogene (»hysterische«) Reaktionen aber sehr empfänglich gewesen sein soll, kann nicht gut behauptet werden, und somit kann der Abwehrzustand in der Beurteilung ihrer Persönlichkeit auch kaum als Hauptmoment gebucht werden. Gerade die hysterische Reaktion auf Schreck oder andere gefühlsbetonte Erlebnisse widerspricht auch eigentlich dem »hysterischen Charakter«.

Ebensowenig wie die nur eine Nebenrolle spielende psychogene Reaktion können meiner Meinung nach die starken affektiven Schwankungen der W als ausschlaggebender Faktor ihrer Persönlichkeit angesehen werden. Ihre maßlosen Wutausbrüche sind zweifellos eines ihrer hervorstechendsten »Symptome«, aber *Kurt Schneider* betont ausdrücklich bei der Besprechung der von ihm als »explosible Psychopathen« bezeichneten Gruppe, daß man an der Berechtigung zweifeln könne, sie als einen besonderen Typus aufzustellen. »Die Beziehungen zu anderen Psychopathen sind

Digitized by Google

so zahlreich, daß man geradezu zweifeln kann, ob die Explosiblen nicht alle als Epiphänomene in ihnen aufgehen.« *Schneider* nennt dann unter den Psychopathen, bei denen Explosibilität zeitweilig oder dauernd vorhanden sein könne, die Fanatiker. Nur im Sinne einer Explosibilität im Sinne *Schneider*s kann aber doch die Neigung der W zu starken Affektschwankungen verstanden werden. Sie etwa den »Stimmungslabilen« zuzurechnen (und damit zu den Zyklothymen in Beziehung zu stellen), geht kaum an. So kann ich in den starken Wutausbrüchen der W nur einen Ausdruck bzw. einen Begleitumstand ihres Fanatismus sehen, nicht aber das wesentliche Kennzeichen ihrer seelischen Struktur. Ich kann auch nicht ganz beistimmen, wenn man glaubt, daß W ihre Affektschwankungen so zur zweiten Natur geworden seien, daß sie auch im Moment der Erregung nicht die Überlegung verliere. In unserer Anstalt sind häufig derartige Wutausbrüche bei ihr beobachtet worden, bei denen sie aus geringer Veranlassung in kürzester Zeit derart außer sich geraten konnte, daß sie in der sichtlich sinnlosesten Weise und ohne sich selber zu schonen, zum tätlichen Angriff überging. Dabei ist sehr beachtlich, daß die W solche Angriffe u. U. vorher vorbereitet hatte (s. o.) und zunächst mit ausgesprochener Überlegung ans Werk gehen konnte. Daß ich der Ansicht bin, daß die W auch bei der Mordtat ein solch eigenartiges Gemisch von Überlegung und sinnlos gesteigertem Affekt geboten hat, habe ich oben schon begründet.

Es ergibt sich, daß weder der psychogene Abwehrzustand, noch die überaus leichte Erregbarkeit der W der Diagnose explosible fanatische Psychopathin hindernd im Wege stehen. Im Gegenteil ist gerade der zweite Faktor durchaus geeignet, diese Diagnose zu stützen.

Was nun die Persönlichkeit des X anbelangt, so ist nur wenig nachzutragen. Nach allem, was von seinem Vorleben bekannt wurde, hat er nie die hartnäckige Zielstrebigkeit seiner Schwester gezeigt, doch findet sich auch bei ihm der ausgesprochene Wunsch, materiell und geistig hochzukommen. Ganz wie bei der W scheint auch bei ihm der Sexus eine nicht geringe Rolle zu spielen (der genannte obszöne Brief an die Ehefrau, auf dessen Wiedergabe ich verzichtet habe, spricht sehr dafür). Ganz ausgesprochen ist bei ihm eine Sucht sich Geltung zu verschaffen. Dies geht am besten aus seinen in fast tadellosem Deutsch (bzw. Polnisch) geschriebenen Briefen hervor, in denen der hochtrabend-theatralische Stil, seine unendlich wichtig genommenen Erörterungen über Gott und die Welt, die Erfindung, für die die Welt ihm noch einmal danken wird, sein stets betonter hoher persönlicher Wert usw. wohl im Sinne dieser Geltungssucht zu deuten wären. Neben diesem Grundzug der Persönlichkeit laufen aber in der Voruntersuchung schon

Digitized by Google

frühzeitig ganz andere Momente mit: ein sich rasch steigerndes Mißtrauen gegen seine gesamte Umgebung (bes. Staatsanwalt und Verteidiger) und eine im gleichen Tempo wachsende Neigung zu querulatorischen Beschwerden über alles mögliche. Mißtrauen und Querulen steigern sich so weit, daß X in der Hauptverhandlung seinen Verteidiger plötzlich rundweg ablehnt, mit dem Bemerken, er stecke mit dem Staatsanwalt unter einer Decke. In diesem Augenblick ist er wohl schon als echter Querulant zu bezeichnen. Damit erweist sich aber, daß X dem Grundzug seiner Persönlichkeit nach zu der gleichen Gruppe von Psychopathen gezählt werden muß, wie die W: zu den Fanatikern, und zwar zu den Fanatikern mit der Tendenz des Kampfes nach außen. Gerade bei X tritt einer der charakteristischsten Züge des Querulanten schon frühzeitig in die Erscheinung, nämlich die Neigung, ihren Angelegenheiten öffentliche Wichtigkeit beizulegen: er verlangt nichts weniger als eine Intervention Polens zu seinen Gunsten. Als diese ausbleibt, zieht er seine Heimat sofort in seine mißtrauisch-querulatorischen Beschwerden ein. Bemerkt sei noch, daß die Geltungssucht die Diagnose »expansiver Fanatiker (Querulant)« durchaus stützt.

Die Persönlichkeit des Jungen läßt sich ebenfalls kurz erledigen. Nach den oben gegebenen Einzelheiten und auf Grund des pädagogischen Gutachtens darf man ihn wohl (auch ohne ihn persönlich zu kennen) als »gemütsarmen Psychopathen« (*Kurt Schneider*) bezeichnen. Daraus erklärt sich auch, daß Y trotz seines Alters von nur 11 Jahren fähig war, an der Ermordung des Vaters den tätigsten Anteil zu nehmen und die Worte des Gutachters: »Es ist ihm zuzutrauen, daß die Anregung zu dem Mordplan von ihm ausgegangen ist« können unbedenklich unterschrieben werden. Sehr gut geht mit der Annahme einer Gemütsarmut auch die Erscheinung parallel, daß Y sich um das Schicksal seiner Mutter und seines Onkels keinerlei Sorgen machte und daß er in seinen Aussagen den Anteil dieser beiden an der Tat mit kühler Seelenruhe angab, seinen eigenen Anteil aber nur Schritt für Schritt und unter sorgfältigem Sondieren, welche üblen Folgen ein solches Eingeständnis für ihn selbst haben könne.

So kommt man nach eingehender Würdigung aller von *Aschaffenburg* für einen Tötungsfall aufgestellten Gesichtspunkte zu dem Ergebnis, daß im Falle W ein durchaus motivierter und mit kühler Überlegung bis in alle Einzelheiten vorbereiteter Mord ausgeführt wurde. Allerdings ist bei der Ausführung der Tat mancherlei auffällig, und auch die Persönlichkeiten der Täter erweisen sich nach allem, was bekannt geworden ist, als stark abwegig von der Norm: Schwester und Bruder sind fanatische Psychopathen mit der Tendenz des Kampfes nach außen, der Sohn gehört zur

Digitized by Google

Gruppe der Gemütlosen. Diese Abwegigkeiten der Täter sind jedoch z. Zt. der Tat und der Verhandlungen nicht derart, daß sie einen Exkulpierungsgrund böten. Insbesondere fehlen für jene Zeit alle Anhaltspunkte für die Annahme einer Psychose.

Wie haben sich nun die Täter weiterentwickelt? Bei der W entstand nach ihrer Überführung in die Strafhaft sehr rasch das Bild einer typischen Haftpsychose (Puerilismus, Ganser-Symptome), eine Diagnose, die auch beim ersten Anstaltsaufenthalt der Frau gestellt werden mußte. Aber schon bei der zweiten Aufnahme tauchten gewisse Zweifel an der Haftpsychose auf und zwar deshalb, weil das Bild nicht mehr so recht zum Abklingen kam, was von der echten Haftpsychose ja gefordert werden muß. Seit der dritten Aufnahme, bes. in den letzten $1^1/_2$ Jahren, hat sich das Krankheitsbild dann so ausgewachsen, daß man heute von einer Schizophrenie sprechen muß. Ich glaube, daß die oben angeführten Einzelheiten der Krankengeschichte diese Diagnose so weit stützen, daß hier nicht näher darauf eingegangen werden braucht. Dagegen muß man sich jetzt fragen: wann hat diese Schizophrenie eingesetzt? Es ist sehr schwierig und überdies sehr gewagt, dazu Stellung zu nehmen. Verfolgt man heute, wo eine Reihe von schizophrenen Symptomen vorliegt, diese Einzelerscheinungen zeitlich nach rückwärts, so verlieren sie sich allmählich bis auf eine gewisse »Kerngruppe«, die von Anfang an (also schon im Zuchthaus ziemlich kurz nach dem Urteil) vorhanden waren. Es sind dies die von der W in fast gleichbleibender Weise geäußerten »nächtlichen Spritzen« und die optischen Halluzinationen. Diese Dinge genügen aber nicht zur Diagnose Schizophrenie, sondern können genau so gut als Ausdruck der einfachen Haftpsychose gedeutet werden. Sie sagen uns auch heute nichts Sicheres darüber aus, wann die Schizophrenie manifest wurde. Dagegen liegt ein Symptom vor, welches mir für die Haftpsychose nicht bekannt ist, wohl aber beim Spaltungsirresein eine Rolle spielen kann. Ich meine die von W geübte Schreibweise. Ihre mit nichts vergleichbare Art der Rechtschreibung (siehe obiges Beispiel) hat die W in unserer Anstalt stets geübt, wenigstens soweit mir Briefe auch der früheren Jahre zu Gesicht gekommen sind. Im Hinblick darauf, daß sie selbst von sich sagte, mit dem Schreiben »hat es stets gehapert« und mit Rücksicht auf ihre polnische Herkunft, hatte ich immer angenommen, daß es sich hier um die eben äußerst mangelhafte Orthographie eines primitiven Ausländers handele, obwohl die zweifellos sehr gute Intelligenz der Frau (sie spricht vorzüglich deutsch, wenn auch mit polnischem Akzent) dem in etwa widersprach. Um so überraschender war es mir deshalb, als ich vor kurzem feststellte, daß die W während der Verhandlungszeit ganz anders geschrieben hat. Ihre damaligen Briefe weisen wohl einige orthographische

Digitized by Google

Fehler auf, sind im übrigen aber in ihrer Rechtschreibung und im Stil einwandfrei. Erst in der späteren Zeit der Verhandlung schrieb sie dann einen Brief, dessen erste Seite in im ganzen einwandfreier Rechtschreibung gehalten ist, während auf der nächsten Seite unvermittelt und plötzlich die ganz verschrobene heutige Orthographie auftritt. Die heutigen Stilabnormitäten fehlen aber damals noch. Bedenkt man nun, daß verschrobene, eigentümliche Rechtschreibung, Stilabnormitäten und dergl. sich in den Briefen Schizophrener sehr häufig finden, so könnte man fast versucht sein, den Beginn der Psychose bei der W bis in die Verhandlungszeit (aber jedenfalls nach dem Mord) zurückzudatieren. Ich gebe diese Ansicht mit allem Vorbehalt wieder. Jedenfalls ist bekannt, daß Änderungen der Schrift bei bestimmten Psychosen (z. B. Paralyse) als erstes und zunächst einziges Symptom auftreten können *(Aschaffenburg)*. Ob diese Erscheinung sich auch bei der Schizophrenie findet und mit der Schriftänderung bei Paralyse in Vergleich gesetzt werden kann, ist mir nicht bekannt. In der Literatur konnte ich hierüber nichts finden. Es scheint mir also, daß zwar keineswegs die Sicherheit, wohl aber die Möglichkeit besteht, den Beginn der Psychose bei der W bis in die spätere Verhandlungszeit zurückzuverlegen. Zumindest könnte die Schriftänderung im Sinne der sogen. präpsychotischen Persönlichkeitsänderung verwertet werden und damit würde dann der ganze Fragenkomplex aufgerollt, wie weit die Handlungsweise der W in der ganzen damaligen Zeit, also auch bei Begehung der Straftat, zum Präpsychotischen gehört oder nicht. Es ist natürlich erst heute möglich auf diese Frage zu kommen, nachdem der ganze Verlauf erst die Diagnose Schizophrenie ergeben hat. Zur Zeit der Verhandlung konnte diese Frage nicht einmal differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden.

Kretschmer hat bekanntlich die Ansicht ausgesprochen, daß die endogenen Psychosen nichts anderes seien als die Zuspitzungen des zyklothymen und des schizothymen Charakters. Vor dem Manifestwerden der Psychosen sollen bei derartigen Menschen lediglich eigenartige Zusammensetzungen der Persönlichkeit vorhanden sein. Dabei ähneln diese Persönlichkeitsbilder sehr dem, was man auch als präpsychotisches Bild z. B. der Schizophrenie kennt. Die normalen Schizothymen, die psychopathischen Schizoiden und die psychotischen Schizophrenen wären demnach die Glieder einer Kette. Sehen wir nun zu, wie *Kurt Schneider* die Schizoiden kennzeichnet: ihre Pole seien reizbar und stumpf (ich bleibe jetzt bei dem reizbaren Pol als dem einzigen, der hier interessiert). Die Reizbarkeit sei bisher wenig gewürdigt worden. »Die meisten Schizoiden sind empfindlich und kühl zugleich.« Den Menschen gegenüber bestehe eine unüberwindliche Kälte. Der Schizoide sei ungesellig, »nervös«, aufgeregt, feindselig, »sichernd«. Verstimmung äußere sich in Gereiztheit, nicht in Traurigkeit. Immer wieder sei eine ausgesprochene Affektkälte, ein fehlendes Ansprechen der herzlichen Unmittelbarkeit festzustellen. Sie seien oft sozial minderwertig. »Im psychischen Tempo herrscht eine ab-

Digitized by Google

rupte, zackige Kurve; die Temperamentskurve schwingt nicht, sondern sie springt.« Alle Bilder der Schizoiden finde man auch als prä- und postpsychotische Charaktere Schizophrener. — Sehr eingehend hat dann *Kahn* das Problem der Schizoiden besprochen. Er hält den bisher üblichen Weg der Forschung (sogen. »historischer Weg« der Aufstellung des Begriffs Schizoid von der Dementia praecox her) für unrichtig. Es lasse sich auf keinen Fall widerlegen, daß »eine mindestens recht erhebliche Zahl der Schizoiden nicht prozeßkrank ist«. *Kahn* glaubt vielmehr, daß man die Frage des Schizoids nur unter dem Gesichtswinkel der Ich- und Umweltseinstellung derartiger Menschen fassen könne. Tue man dies, so komme man zu dem Ergebnis, daß die schizoiden Persönlichkeiten »dystone psychopathische Persönlichkeiten von aktiv- oder passiv-autistischem oder Ich-sucherischem oder ambitendentem, seltener egozentrischem Charakter im schizophrenen Erbkreise mit konstitutioneller Disposition zu schizoider Reaktion und zu schizophrener Erkrankung und mit negativer Affinität zum ‚pyknischen Körperbau« seien. *Kahn* bezeichnet als dystone Psychopathen die von ihm aufgestellte Gruppe der »psychopathischen Charaktertypen«. Als Hauptkennzeichen des Charakters gilt ihm dabei die Einstellung der Persönlichkeit zum eigenen Ich und zur Umwelt, eine Einstellung, die bei den Dystonen in mannigfacher Weise gestört ist. Wird das Ich überwertet, so resultieren die »aktiven Autisten« und die »Egozentriker«. In seiner Schilderung »komplexer Psychopathentypen« sagt der Autor dann von den Streitsüchtigen, zu denen er auch die Querulanten zählt: ihr Temperament stelle eine Kombination von hyperthymischen (Reizbarkeit) und sensitiven Faktoren dar, woraus eine innere Spannung als kausale Ursache ihrer ewigen Zusammenstöße mit der Umwelt resultiere. Doch sei in ihrer Unverträglichkeit noch eine weitere Komponente enthalten, nämlich ihre Gemütsarmut. Sie seien ganz auf die eigene Persönlichkeit eingestellt. Aktiv-autistische Züge kämen bei ihnen sehr häufig und gelegentlich sogar in einem recht erheblichen Maße vor. Ihre Devise sei: mea res agitur. — So stehen bei *Kahn* die Reizbaren wohl in enger Beziehung zu den Schizoiden bzw. zu den Dystonen und andererseits wohl zu den Fanatikern *Schneiders*. Bei letzteren ist zu betonen, daß unter ihnen als Sondergruppe die »matten Fanatiker« angeführt werden, bei denen Neigung zu Verschrobenheiten mit fließendem Übergang in Schizophrenie besteht.

Wenden wir die vorstehend geschilderten Ansichten der Literatur auf unseren Sonderfall an, so sieht man, daß das, was *Kurt Schneider* und *Kahn* als Kennzeichen des Schizoiden aufführen, in großem Umfang auf die Persönlichkeit der W paßt. Man könnte also die oben gestellte Diagnose »fanatische Psychopathin« ohne weiteres durch die Diagnose »Schizoide« ersetzen. Man erkennt weiter, daß die exakte Loslösung der schizoiden Persönlichkeit von den Fanatikern einerseits und den Dystonen *Kahn*s andererseits auf die größten Schwierigkeiten stößt, ja, daß es überhaupt kaum möglich ist, von »reinen« Psychopathentypen zu sprechen. Dies wird von beiden Forschern auch des öfteren betont. Nun weist *Kahn* zwar ausdrücklich darauf hin, daß zwar zwischen seinen Dy-

Digitized by Google

stonen und den Schizoiden enge Beziehungen bestehen, daß man jedoch deshalb nicht ohne weiteres sagen dürfe: alle dystonen Psychopathen sind Schizoide. Für die W darf dies aber wohl behauptet werden: heute ist sie schizophren. Erinnert man sich nun weiter, daß eine sichere Abtrennung der schizoiden Bilder von den präpsychotischen Zuständen der Schizophrenie nicht möglich ist, so ist der weitere Schluß erlaubt: die W war z. Zt. der Tat schon präpsychotisch. Ich betone nochmals ausdrücklich, daß hier nur von einer Möglichkeit, bis zu einem gewissen Grade sogar Wahrscheinlichkeit gesprochen werden kann, denn eine Sicherheit ist in solcher Frage nicht zu gewinnen. Immerhin muß die Möglichkeit wenigstens zugegeben werden, und damit erhebt sich die folgenschwere Frage: war die Frau für ihre Tat verantwortlich oder nicht?

Bumke sieht die Schwierigkeiten bei der Zurechnungsfähigkeit in dem Ausdruck »freier Wille« und tritt für eine weniger verfängliche Formulierung ein, so z. B. für *Aschaffenburg:* »normale Bestimmbarkeit durch normale Motive.« Ob der § 51 angewendet werden könne oder nicht, hänge vom Quantum der seelischen Störung ab. Die dauernden Abweichungen vom normalen seelischen Geschehen müßten also dem Grade nach so stark sein, daß die normale Bestimmbarkeit durch normale Motive aufgehoben sei. Die Begriffe Geisteskrankheit und Unzurechnungsfähigkeit deckten sich nicht ohne weiteres. Allerdings bestehe die große Schwierigkeit, daß wir für die Größe einer seelischen Veränderung keinen objektiven Maßstab haben. — *Vorkastner* bespricht in *Bumkes* Handbuch die Frage der Exkulpierung leichtester schizophrener Prozesse, deren Bilder sich von den gewöhnlichen psychopathischen Bildern nicht unterscheiden ließen. Er wägt die Ansicht *Bleulers*, der in solchen Fällen nicht exkulpieren will, gegen die Ansicht *Aschaffenburgs* ab, der betont, daß es in diesen Fällen kein sicheres Maß für die vorhandene Willensstörung gebe. *Vorkastner* selbst meint: »Oft gilt vermutungsweise in den berührten Fällen ein Ausspruch *Sieferts*, daß die Grenze der Diagnostizierbarkeit vor einer Überspannung des Begriffs der Unzurechnungsfähigkeit schützt.«

Mit diesen wenigen Literaturangaben darf ich mich begnügen, zumal aus ihnen die Schwierigkeiten des ganzen Problems und seine verschiedenen Lösungsmöglichkeiten hervorgehen. Der Entscheid ist im Falle W genau so schwer, auch heute noch. Zur Zeit des Prozesses wäre es — wie immer wieder betont sei — unmöglich gewesen, die Frage der Exkulpierung wirklich ernstlich zu erwägen. Denn wenn auch auf der einen Seite der ganzen Tat etwas Mysteriöses und in ihrer geradezu grotesken Bestialität Uneinfühlbares anhaftet, so war auf der anderen Seite kein auch nur irgendwie greifbares Symptom für Psychose vorhanden und auch die Motive reichten an sich vollkommen aus, um den Mord zu »erklären«. So gehört der Fall W zu der Gruppe derjenigen, die unter der Grenze der Diagnostizierbarkeit stehen und damit nach *Siefert* berechtigterweise bestraft werden müssen. Aber wenn man heute zu

Digitized by Google

der Ansicht kommt, daß die W damals schon in der prämorbiden Phase ihrer heute sicheren Schizophrenie gestanden hat, so fällt der Satz *Sieferts* zusammen, und man möchte *Aschaffenburg* zustimmen, der auch diese Fälle exkulpiert wissen will. Zu einem bindenden Schluß ist hier nicht zu kommen, mir scheint, es handelt sich da mehr um weltanschauliche als um wissenschaftliche Fragen.

Zum Schluß möge noch kurz auf die Weiterentwicklung der beiden anderen Täter eingegangen werden. X hat sich in der Strafhaft so weiter entwickelt, wie dies schon im Prozeß zu vermuten stand: er ist zum typischen schweren Querulanten geworden. Zunehmend sind dabei paranoide Ideen und Einstellungen zutage getreten, die aber anscheinend noch im »Verständlichen« bleiben. Jedenfalls ist bisher von einer sicheren Schizophrenie nicht zu sprechen. — Y ist sich gleich geblieben, wie das von Anfang an zu erwarten war.

Literaturverzeichnis.

Aschaffenburg: Ztschr. f. Bahn- u. Bahnkassenärzte 1911.
Derselbe: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 14, 1912.
Derselbe: D. med. Woch. 1904.
Derselbe: D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10, 1927.
Derselbe: Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 86, 1927.
Derselbe: Bemerk. z. Vorentwurf des StGB. Jena, Fischer, 1910.
Derselbe: Mon. f. Krim.-psych. u. Strafrechtsreform Bd. 9, 1912.
Derselbe: Mon. f. Krim.-psych. u. Strafrechtsreform Bd. 16, 1925.
Derselbe: Ztschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 32, 1911.
Bleuler, E.: Lehrb. der Psych. 3. Aufl. Berlin, J. Springer, 1920.
Blum, K.: Hysterie. Leipzig und Wien, Deuticke. 1927.
Bretschneider u. *Raestrup:* Arch. f. Krim. Bd. 83, 1928.
Bumke: Lehrb. der Geisteskrankheiten. München, Bergmann, 1924.
Haberda, A.: D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10, 1927.
Heindl, R.: Der Berufsverbrecher, Pan Verlag, Berlin, 1928.
Hellstern: D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 11, 1927.
Kahn, E.: in *Bumkes* Handb. d. Geisteskr. Bd. V. Berlin, J. Springer, 1929.
Kogerer, H.: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 133, 1931.
Kolle, K.: D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10, 1927.
Krisch, H.: Die hysterische Reaktionsweise. Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg 1928.
Rohden, F. v.: D. Ztschr. f. d. ges. ger. Med. Bd. 10, 1927.
Schellen, B.: Die klin. Erschein. d. Rohheitsverbrecher der Strafanstalt zu Münster i. W. in der Zeit von 1900—1920. I. D. Köln 1922.
Schneider, Kurt: Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 90, 1925.
Derselbe: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig u. Wien, Deuticke, 1923.
Derselbe: Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. Tübingen, Mohr, 1928.
Vorkastner: in *Bumkes* Handb. d. Geisteskr. Bd. IV. Berlin, J. Springer, 1929.
Ziemke, E.: Viert. f. ger. Med. Bd. 56, Suppl. 1918.

Digitized by Google

Ein Fall von endogener Psychose nach Malaria.

Von

Dr. med **Werner Künzel**, Arnsdorf Sa.

Es ist die Pflicht des Arztes, nicht beim Erkennen der Krankheitssymptome stehen zu bleiben. Vielmehr muß er weiterforschen, um den Urquell der Erscheinungen zu ergründen; dann erst kann er einwandfrei seine therapeutischen oder prophylaktischen Maßnahmen treffen. Das gleiche gilt von dem Gutachter, dem es obliegt, zu erwägen und festzustellen, ob zwischen Krankheiten, die anscheinend gar nichts miteinander zu tun haben, doch ursächliche Zusammenhänge bestehen. Die moderne Psychiatrie ist zu der Ansicht gekommen, daß auch endogene psychische Krankheiten durch exogene Schädigungen ausgelöst werden können. Die Voraussetzung hierfür ist die Bereitschaft zur endogenen Erkrankung, deren Nachweis wohl in manchen, aber nicht in allen Fällen erbracht werden kann. Wir werden uns oftmals damit abfinden müssen, diese Bereitschaft als vorhanden anzunehmen. Sicher ist die Bereitschaft zur endogenen psychischen Erkrankung zahlenmäßig viel höher, als deren Aktivierung und Manifestierung in psychischen Krankheitssymptomen. Die erbbiologische Masse ist viel zu groß, so groß, daß der einzelne von sich nicht mit Sicherheit behaupten kann, keine Bereitschaft zur endogenen Psychose in sich zu tragen. Darum können wir, auch wenn der Nachweis der Bereitschaft nicht erbracht ist, eine solche als vorhanden annehmen, wenn ein exogener Faktor endogene Krankheitsphasen auslöst. Im folgenden soll ein Fall gezeigt werden, in dem die Malaria als exogener Faktor bei endogener Psychose zu bewerten ist.

Bei Herrn X, der 1888 geboren wurde, ist von erblicher Belastung nichts bekannt. Er wuchs in geordneten Verhältnissen auf und hat sich im Erwerbsleben eine Position als Kaufmann geschaffen, wenngleich es ihm in der Schule schwer gefallen ist. Bis zu seiner Einziehung zum Heeresdienst ist er mit Ausnahme von Kinderkrankheiten gesund gewesen, insonderheit wurden bei ihm keine Zustände zeitweiliger Bewußtlosigkeit, Schwindelanfälle, Krampfzustände oder Dämmerzustände beobachtet. Er hat in einer

Digitized by Google

Zeit, in der er bereits psychisch erkrankt war, angegeben, seit seiner Jugendzeit Anfälle ohne Bewußtseinstrübungen mit Zukkungen am ganzen Körper zu haben, die sogar 2—3 Stunden gedauert hätten. Erörterungen ergaben jedoch, daß diese Behauptung den Tatsachen nicht entspricht. Zum Kriegsdienst eingezogen, wurde er 1916 verwundet, Steckschuß linker Oberschenkel mit Zertrümmerung des linken Sitzbeins und Blasenverletzung. Nach seiner Wiederherstellung ging er von neuem ins Feld. Von seiten der Verwundung hat er späterhin nie Beschwerden gehabt. Im September 1917 hat er sich in Serbien Malaria tropica zugezogen, und war erstmalig vom 21. 9. 1917—24. 1. 1918 wegen der Malariaerkrankung in Lazarettbehandlung. Aus den Krankenblättern ist zu entnehmen, daß es sich um eine sehr schwere Erkrankung gehandelt hat. Noch in der Rekonvaleszenz traten bei ihm Kopfschmerzen, Zittern am Körper und Schwindelgefühl auf, letzteres war noch häufig vorhanden, als er aus dem Lazarett entlassen wurde. Bereits am 8. 2. 1918 mußte er sich wieder in Lazarettbehandlung begeben und verblieb hier bis 14. 10. 1918, wurde also 33 Wochen wegen Malaria behandelt. In dieser Zeit hat er Malariaanfälle mit sehr hohen Temperaturen durchgemacht. Nach der Entlassung vom Militär hat er seinen Beruf als Kaufmann wieder aufgenommen, seine Arbeitskraft ließ aber mehr und mehr nach. Seine Selbständigkeit mußte er aufgeben, er hat dann als Angestellter bis 1926 weiter gearbeitet. Aus seiner Stellung mußte er ausscheiden, weil er alle paar Tage krank war. Wegen Nervenschwäche setzte er nach Aussage des Arbeitgebers öfters kürzere oder längere Zeit aus. Seit 1920 hat er sich in ärztlicher Behandlung befunden. In dem Jahre konnte der behandelnde Arzt eine Milzvergrößerung und einen schweren nervösen Reizzustand am ganzen Nervensystem nachweisen. Die Malariaanfälle zogen sich noch längere Zeit hin, und der Arzt gewann den Eindruck dauernder Verschlechterung des Allgemeinzustandes, vor allem des Nervensystems. Während der ersten Nachkriegsjahre bis 1925 sind bei ihm ärztlicherseits nervöse Krampfanfälle leichterer Natur beobachtet worden, die sich 1926 häuften und die Arbeitsfähigkeit weiter herabsetzten. Es sollen allgemeine krampfartige Zuckungen mit Sprachstörung und Bewußtlosigkeit aufgetreten sein. 1927 hat er über Angstzustände, Gedankenschwäche, Schwächeanfälle und schlechten Schlaf geklagt, dazu noch 1928 über ständige Müdigkeit und Stirndruck. In beiden Jahren wurde er ärztlich begutachtet und in beiden Fällen sein Zustand als Neuro-Psychopathie aufgefaßt. Damals war noch nicht bekannt, daß die Angabe über in der Jugendzeit aufgetretene Anfälle nicht richtig war. 1927 war X sehr deprimiert, äußerte Selbstmordabsichten und versuchte auch einmal den Gashahn zu öffnen. Aus dem gleichen Grunde wurde

Digitized by Google

Anfang 1928 Anstaltsbehandlung erforderlich. In der Anstalt war er anfangs ruhig, aber wehleidig, schlaff, mutlos und zu keiner Arbeit zu bewegen, er bekäme dann Kopfschmerzen. Nach ungefähr 3 Monaten verschlimmerte sich sein Zustand. Er glaubte, es ginge mit ihm zu Ende, die geistige Umnachtung stünde bevor. Äußerte seitdem mehrfach Vergiftungs- und unklare Beeinträchtigungsideen. Dann trat Neigung zu impulsiven Handlungen auf, er versuchte die Pfleger anzugreifen und nach den Fensterscheiben zu gehen. Schließlich wurde er feindselig gegen die Ärzte eingestellt, nannte sie Mörder, Lumpen und drohte mit Totschlagen.

Nach reichlich 10 Monaten wurde der Kranke nach der hiesigen Anstalt übergeführt, wo er sich 2 Jahre in Behandlung befunden hat. In der ganzen Zeit war wegen seines Verhaltens eine eingehende Exploration nicht möglich, nur bruchstückweise konnte einiges aus seinem Seelenleben festgestellt werden. Bei gesunden inneren Organen war der Körperzustand reduziert. Das Aussehen blaß, gedunsen. Neurologisch keine Abweichung von der Norm. Lues konnte klinisch und biologisch ausgeschlossen werden. Während der ganzen Beobachtungszeit stand im Vordergrund der Trieb, sich das Leben zu nehmen. Immer und immer wieder suchte er sich selbst zu beschädigen, dabei jede nur mögliche Gelegenheit ausnutzend. Er hat versucht, sich mit dem Bettuch zu erwürgen, er zerschlug Fensterscheiben, die Urinente, das Thermometer, um sich mit den Splittern die Pulsadern aufzuschneiden. Es hat Zeiten gegeben, in denen er täglich wenigstens einen Suizidversuch unternahm. Schließlich gelang es ihm doch, seinem Leben ein Ende zu machen. Er sprang plötzlich aus seinem Bett heraus, an dem gerade der Pfleger vorbeiging, rannte in das gegenüberliegende Pflegerzimmer, riß aus dem verschlossenen Schrank, an dem der Schlüssel steckte, eine Flasche Kresolseifenlösung heraus und trank davon. Er starb nach 3 Stunden. Laut Sektionsbericht ist der Tod durch Kresolseifenlösungvergiftung eingetreten.

Zu Beginn seines hiesigen Aufenthaltes kam es hin und wieder zu impulsiven Handlungen: er sprang plötzlich aus dem Bett heraus, wurde gegen die Pfleger tätlich und versuchte Gegenstände zu zertrümmern. Mit ängstlichem Gesichtsausdruck gab er zu, Stimmen zu hören. Gegen die ihn besuchende Ehefrau wurde er aggressiv, warf sie über das Bett und zerriß ihr Kleid und Mantel. Während er zunächst gut lief, fing er mit einem Male an, nur noch auf dem Bauche zu rutschen, er könne nicht mehr laufen, es sterbe alles an ihm ab. Er wurde mit Urin unsauber und fing an, mangelhaft zu essen. Dann lag er starr, gespannt im Bett, die Starrheit verließ ihn nach ungefähr einem Monat und machte einer vollkommen schlaffen, entspannten Körperhaltung Platz. Während er im allgemeinen kraftlos erschien, entwickelte er in den Augen-

Digitized by Google

blicken, in denen er eine Selbstbeschädigung versuchte, sehr gute Körperkräfte und eine lebhafte Aktivität. Testiglandolinjektionen hatten keinen Einfluß auf seinen Zustand. Nach ungefähr 14 Monaten nahm die Unsauberkeit zu, er ließ sich zum Klosett tragen, lag nach wie vor regungslos im Bett und zeigte meist Schnauzkrampf. Dabei beobachtete er seine Umgebung, wurde plötzlich erregt und versuchte weiter ständig, feste Gegenstände zu erlangen, um sich zu beschädigen. Zu diesem Zwecke wälzte er sich aus dem Bett und rutschte nur am Boden entlang. Eines Tages jedoch sprang er aus dem Bett und lief nach dem Pflegerzimmer. In dem Augenblick, in dem er sich beobachtet sah, brach er zusammen und mußte ins Bett getragen werden. Es wurden dann 2 Pyriferkuren mit ihm gemacht. Während der zweiten Kur wurde er etwas regsamer, fing wieder an zu laufen, es war sogar möglich, ihn täglich kurze Zeit mit in den Garten zu nehmen. In dieser Krankheitsphase, die nicht ganz 2 Monate dauerte, machte er wohl Angaben, aber immer nur kurz abgerissen, teils ängstlich erregt. Er sei tot, er sei ein Automat, der jeden Tag aufgezogen werden müsse. Wisse nicht, was mit ihm los sei, habe gestern noch mit seiner Frau Kaffee getrunken, da wären zwei Kriminalbeamte gekommen und hätten ihn nach hier gebracht. Er wisse nicht, was er machen solle, stehe vor der Hölle, sei ganz blind, habe solche Angst. Sei klein und leicht, wie eine Fliege, könne in eine ganz kleine Tüte gesteckt werden. Sei tot, wolle begraben sein, sei nur noch ein Luftatom. Gelegentlich eines Besuches der Ehefrau wurde er ziemlich erregt, packte sie an und wollte sie zur Tür hinauswerfen. Er sagte, es sei eine Schande, eine stockfremde Frau zu einer Leiche zu führen. Später beschuldigte er den Arzt, eine fremde Frau von der Straße hereingeholt und behauptet zu haben, es sei seine Ehefrau. Nach Ablauf dieser Phase verfiel er wieder in den alten Zustand, war zeitweilig unsauber und aß sehr schlecht und unregelmäßig. Der an und für sich wenig günstige Körperzustand ging immer mehr zurück, bis sein Leben den schon beschriebenen tragischen Ausgang fand.

Makroskopischer Hirnbefund: Hyperämie, Piablutungen, Leptomeningitis an der Konvexität, im Bereich der Stirn und in geringerem Maße auch der Scheitellappen.

Histologischer Befund: Rindenstruktur erhalten. Teils akute, teils chronische Ganglienveränderungen. Stellenweise Verfettung und vakuolige Degeneration von Ganglienzellen besonders in der 3. und 5. Rindenschicht. Stellenweise chronische Zellveränderungen in Form von Schrumpfung, Sklerosierung und Dendritenschlängelung besonders in der 3. Rindenschicht. Einzelne kleine gefäßunabhängige Zellausfälle der 5. Rindenschicht ohne Glia-

Digitized by Google

ersatzwucherungen. Keine (akuten) Gliaherdchen an der Markrindengrenze.

Epikrise:

Ein vorher gesunder Mann erkrankt im Felde an Malaria und hat noch mehrere Jahre unter Fieberanfällen zu leiden. In diesen Jahren entwickelt sich bei ihm ein nervöses Leiden, das sich schließlich in eine schwere Psychose steigert. Bei den aufgetretenen Symptomen muß daran gedacht werden, daß es sich um eine Psychose gehandelt hat, die sich auf dem Boden des Malariasiechtums entwickelte. Klinisch könnte man schließlich zu dieser Folgerung kommen, wenn man das von *Kraepelin* geschilderte Krankheitsbild mit dem vorstehenden vergleicht. Es fehlt allerdings hier bereits die Milzvergrößerung, die von dem Autor betont wird. Sie ist letztmalig 1920 gefunden worden, als noch zeitweilig Malariafieberanfälle bestanden. Bei der Autopsie war keine Milzvergrößerung vorhanden. Weiter hätte es bei der langen Dauer der Erkrankung sicherlich zu typischen anatomischen Veränderungen des Zentralnervensystems kommen müssen, aber auch sie fehlen. Der mikroskopische Befund hat uns ein uncharakteristisches Bild gegeben, aus dem Schlüsse auf die Psychose nicht möglich sind. Ich stehe daher nicht an, eine Psychose des Malariasiechtums differenzialdiagnostisch auszuschließen. Ferner sind auch sonstige organische Gehirnerkrankungen zu verneinen, wie dies bereits auf Grund der klinischen und biologischen Untersuchung geschehen ist, eine Feststellung, die durch den anatomischen Befund bestätigt wurde. Die Krankheit erstreckt sich auf einen Zeitraum von ungefähr 10 Jahren und hat in ihrem Verlauf die mannigfaltigsten Krankheitsbilder gezeigt und damit auch zu den verschiedensten Diagnosen geführt. Das Bild, das die Erkrankung in den letzten $1^1/_2$ Jahren bot, war am ehesten der Schizophrenie zuzurechnen. Folglich können wir mit Sicherheit sagen, daß es sich um eine endogene Psychose gehandelt hat. Weiter steht fest, daß diese endogene geistige Erkrankung sich entwickelt hat, nachdem der Patient eine schwere Infektionskrankheit durchgemacht hatte, die Symptome zeigte, deren Entstehungsort in das Zentralnervensystem zu verlegen ist. Es scheinen sogar sehr beachtliche zerebrale Reizungen im akuten Stadium der Malaria und auch noch in der Rekonvaleszenz bestanden zu haben. Seit Einsetzen der Heilfieberära ist wiederholt darauf hingewiesen worden, daß besonders in den Remissionszeiten der Paralyse Seelenstörungen nach Art der Schizophrenie beobachtet worden sind. Bei diesen nahm man an, daß die Paralyse durch ihre hirnschädigende Wirkung den Boden für das Entstehen solcher Seelenstörungen, die schließlich durch die Fieberimpfung ausgelöst wurden, vorbereitet. In diesem

Digitized by Google

Falle liegt keine Paralyse vor und die fieberhafte Erkrankung, eine natürliche Malaria, hat ohne deren Vorbereitung allein die Auslösung der endogenen Psychose bewirkt. Diese Feststellung war für uns in gutachtlicher Hinsicht ausschlaggebend und wir haben uns dahin geäußert, daß zwischen der als Kriegsdienstbeschädigung anerkannten Malaria und der endogenen Psychose ursächliche Zusammenhänge bestehen, so daß letztere ebenfalls auf den Kriegsdienst zurückzuführen ist.

Digitized by Google

(Aus der Landes-Erziehungsanstalt für Blinde und Schwachsinnige zu Chemnitz-Altendorf. Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Kürbitz*.)

Pubertas praecox bei einem schwachsinnigen Knaben.

Von

W. Kürbitz.

Mit 6 Abb. auf 2 Tafeln.

Hypogenitalismus als Zeichen endokriner Störung findet man ungleich häufiger als einen Hypergenitalismus; diese Anomalie nennt man bekanntlich Pubertas praecox. Sie ist meist vergesellschaftet mit einer frühzeitigen Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere, auch finden sich sonstige körperliche Abweichungen von der Norm, während intellektuell im allgemeinen kein beschleunigtes Fortschreiten zu konstatieren ist.

Ein derartiges Krankheitsbild von Pubertas praecox, das ein schwachsinniger Knabe unserer Anstalt zeigt, sei im folgenden wiedergegeben.

Erhard F., geboren am 3. 10. 1924, war das erste von 3 Kindern. Nach dem ärztlichen Aufnahmeattest vom August 1930 hat die Mutter vor der Geburt des F. schwer gehoben. Geburt 4 Wochen zu früh, Zangengeburt. F. machte Rachitis und Keuchhusten durch, ferner 1926 eine Mandeloperation, auch war er 1928 an Grippe erkrankt.

Seit Oktober 1929, also im Alter von 5 Jahren, epileptiforme Anfälle mit Urinabgang.

Mit 2 Jahren lernte er laufen und sich sauber halten. Sprach zuerst nur Papa und Mama, mit Ende des 3. Jahres etwas mehr, kann aber jetzt noch nicht richtig sprechen.

Mit $5^1/_2$ Jahren, z. Zt. der Ausstellung des Attestes, bereits deutlich tiefe Sprache, Kehlkopf hervorspringend, Anflug von Bart. Großer Penis, vollständige Genitalbehaarung, Pollutionen. Reißt Gegenstände herunter, dreht Gas- und Wasserhähne auf, ist jähzornig und greift den Mädchen unter die Röcke. —

Gebrauchsgegenstände und Körperteile kennt er mit Namen, vermag jedoch nicht zu sagen, welchem Zweck die einzelnen Gegenstände dienen. Bewegungen werden nicht nachgeahmt, wohl aber kurze Anordnungen richtig ausgeführt. In einem vorgesprochenen Satz werden beim Nachsprechen manche Worte entstellt; zählen, lesen, rechnen und schreiben kann er nicht, auch hat er die Schule noch nicht besucht.

Täglich epileptiforme Anfälle mit Urinabgang. Der Schwachsinn wurde 1927 am mangelhaften Sprechen erkannt.

Digitized by Google

Am 12. 12. 1930 wurde F. der hiesigen Landesanstalt zugeführt. Bei der körperlichen Untersuchung stellte sich heraus, daß er 125 cm groß war, während er seinem Alter nach nur 110 cm hätte haben müssen. Das Gewicht betrug 27,5 kg, also der Größe entsprechend normal. Der Körperbau ist kräftig, der Ernährungszustand gut. Die Haut ist gut durchblutet. Feinste Lanugobehaarung entlang der Wirbelsäule, besonders deutlich über dem Kreuzbein. Rachitische Zahneinkerbungen, Gaumen o. B., Tonsillen vergrößert und zerklüftet. Gesichtszüge wesentlich älter als dem Alter entsprechend. Schädelumfang 50 cm, Längsdurchmesser 16,5 cm, Querdurchmesser 14,5 cm. Kyphoskoliose der unteren Brustwirbelsäule, nach rechts konkav. Starkes Hervortreten des Kehlkopfes wie beim Erwachsenen, geringe Vergrößerung der Schilddrüse. Herz und Lunge o. B., Leistenkanäle beiderseits noch für kleinen Finger durchgängig, links mehr als rechts. Beide Hoden deszendiert und ca. pflaumengroß. Penislänge 9,5 cm, Penisumfang 8 cm, Schambehaarung bereits entwickelt wie beim Erwachsenen. Oberlippenbehaarung wie bei einem etwa 16—17jährigen Knaben, Achselhaare sehr stark vorhanden.

Sprache sehr undeutlich, tief, beinahe männlich. Wa.R. negativ. —

Der psychische Befund ergab, daß F. zwar seinen Namen weiß, sein Alter aber mit 8 Jahren (in Wirklichkeit 6 Jahre) angibt. Der Beruf seines Vaters sei Bauer, tatsächlich ist er Bauarbeiter. Farben kennt er nicht, doch hält er sie richtig auseinander. Körperteile werden richtig gezeigt, aber links und rechts nicht unterschieden. Wenn er von 3 Kästchen das schwerste heraussuchen soll, so zeigt er anfänglich wahllos auf irgendein Kästchen; erst nachdem man ihm den Vorgang des Prüfens des Gewichtes vorgemacht hat, begreift er nach längerer Zeit die ihm gestellte Aufgabe und sucht dann das richtige Kästchen heraus.

Unterschiedsfragen vermag er nicht richtig zu beantworten, kennt er doch nicht den Unterschied zwischen alt und jung, hübsch und häßlich, dick und dünn.

Gegenstände des täglichen Lebens vermag er richtig anzugeben, zeigt Tintenfaß, Lampe, Bleistift, Schlüssel, Taschenmesser usw., auch Tiere, z. B. Katzen, Hunde, Hahn usw., bezeichnet er richtig. Soll er den Satz: »Alles neu macht der Mai« nachsprechen, so sagt er nur »Mai«. Heißt man ihn, die Tür auf- und zuzuschließen, so probiert er erst lange Zeit, nach welcher Seite er den Schlüssel drehen muß, schließlich kann er aber die Anordnung ausführen. Ein Dreieck nachzuzeichnen vermag er nicht. Die Stationsschwester im Anstaltskrankenhaus hat er wiederholt gebeten, zur Abteilung gehen zu dürfen, weil er mit anderen Kindern spielen wolle. Er ist zutraulich, aber leicht ablenkbar.

Eine im Mai 1931 mit ihm vorgenommene Intelligenzprüfung nach Binet-Simon hat ergeben, daß das Intelligenzalter $4^2/_{12}$ betrug, es war demnach ein Intelligenzrückstand von $2^5/_{12}$ Jahren vorhanden.

F.s Gedankenablauf ist träge und beim Denken strengt er sich nicht gern an. Wenn er zu irgendeiner Aufforderung keine Lust hat, so sagt er: »Ich bin zu faul.« Mit Spielen beschäftigt er sich sehr gut.

In seinem Verhalten ist F. im großen und ganzen während seines jetzt nun 12 Monate langen Anstaltsaufenthaltes derselbe geblieben. Er zeigt sich wenig interessiert, spielt nur gelegentlich, wie andere Kinder seines Alters, mit diesen oder für sich allein. Zu anderen Zeiten wieder ist er auch

Digitized by Google

ungezogen, schlägt auf die anderen Kinder ein, stößt sie mit Füßen und führt dabei schlechte Redensarten, auch das Pflegepersonal beschimpft er.

Sexuell ist er insofern auffällig, als er sich gern vor andere Kinder hinstellt und dabei das Hemd hochhebt. Dies tut er sowohl im Saal, wie auch mit Vorliebe auf dem Klosett. An das weibliche Pflegepersonal schmiegt er sich gern in zärtlicher Weise an, auch ist einmal beobachtet worden, daß er dies bei einem gleichaltrigen Jungen getan hat.

Eine im Dezember 1931 vorgenommene fachärztliche Untersuchung des Kehlkopfes hat ergeben, daß dieser so stark wie bei einem Erwachsenen ist; Stimm- und Taschenbänder sind kräftig entwickelt, nur die Epiglottis ist zurückgeblieben und eingerollt.

Augenärztlich fanden sich keinerlei Abweichungen von der Norm, insbesondere sind beide Nervi optici völlig intakt.

Eine Röntgenaufnahme des Gebisses, die gleichfalls im Alter von 7 Jahren bei F. durch einen Zahnarzt stattfand, ergab, daß der Zahnwechsel nahezu 2 Jahre verfrüht ist. Für diese Annahme sprechen die Wurzelkanäle bei den 6Jahrmolaren, die im übrigen schon tadellos bis zur Wurzelspitze durchentwickelt sind. Im allgemeinen rechnet man bis zur vollen Wurzelentwicklung 2 Jahre vom Durchbruch an, bei dem genannten Zahn also bis zum 8. Jahre. Die Resorption der Milchzähne ist schon weit vorgeschritten, demzufolge auch die Anlage der Prämolaren, die ca. in einem halben Jahre durchbrechen werden. Bei den noch im Kiefer steckenden Prämolaren kann man sehr deutlich sehen, wie die Pulpa bei einem in der Entwicklung stehenden Zahn beschaffen sein muß, ein Bild, wie man es bei einem 9jährigen Kinde erwarten würde. Rein äußerlich ist in den Mundverhältnissen nichts Abnormes zu beobachten. Auf den beiden unteren Kieferseiten ist die Anlage -7- -|- -7- sehr gut vorhanden; der Durchbruch dieser Zähne ist normalerweise erst im 12. Jahre zu erwarten; der vorhandenen Anlage gemäß wird er jedoch bereits im 9.—10. Jahre eintreten.

Ein Blutbild vom Dezember 1931 ergab folgenden Befund:

Segmentk.	46%
Stabk.	1%
Lymphoz.	43%
Monoz.	3%
Eosinoph.	7%
Hämoglob.	75%
Erythroz.	3,92 Mill.
Leukoz.	6800.

Eine in gleicher Zeit mit F. vorgenommene nochmalige körperliche Untersuchung ergab eine Größe von 128 cm (normal 116 cm). Das Gewicht betrug 29,2 kg, entsprechend also etwa der vorhandenen Länge. Kopfumfang 51 cm; Längsdurchmesser 17 cm, Querdurchmesser 14 cm.

Die Mitte des Körpers im Liegen war 3 cm oberhalb der Symphyse, Penislänge 9,5 cm, größter Umfang 8,5 cm.

Im Urin fanden sich damals Spermatozoen, onanistische Manipulationen wurden nie wahrgenommen.

Eine Röntgenaufnahme des Schädels, die im Dezember d. J., als der Knabe 7 Jahre und 2 Monate alt war, vom Stadtkrankenhaus im Küchwald gemacht wurde, ergab, daß sowohl am Gesichtsschädel wie an der

Digitized by Google

Basis durchaus normale Verhältnisse vorliegen. Die linke Hälfte der Lambdanaht ist in den oberen Abschnitten anscheinend verknöchert, während die übrigen Nähte ohne Besonderheiten sind. Die Stirnhöhlen fehlen oder sind noch nicht pneumatisiert. Siebbeinzellen o. B., Kieferhöhle normal ausgebildet; rechte Kieferhöhle nicht erkennbar, anscheinend noch nicht pneumatisiert. Hypophyse von normaler Größe, umgebende Knochen o. B. Deutliche Pacchionische Gruben; die Synchondrosis sphenooccipitalis ist verknöchert.

Ferner wurden beide Ellenbogengelenke geröntgt, und dabei stellte es sich heraus, daß die gelenkbildenden Knochen schon völlig wie beim Erwachsenen ausgebildet sind. Am linken Ellenbogengelenk ist am proximalen Ende des Radius an der ulnaren Seite noch eine Andeutung von Epiphysenfuge nachweisbar; am rechten ist diese an der gleichen Stelle etwas deutlicher zu erkennen.

Am distalen Ende beider Unterarmknochen sind beide Epiphysen völlig ausgebildet; die Epiphysenfugen sind offen, allerdings etwas schmal. Sämtliche Handwurzelknochen sind völlig ossifiziert. An den Mittelhandknochen sind Epiphysenfugen nicht mehr nachweisbar.

An den Kniegelenken sind sämtliche Knochen völlig ausgebildet. An der Tibia ist die schnabelförmige Epiphyse deutlich ausgebildet. Die Epiphysenfugen an den Unterschenkelknochen sind noch offen; an dem Famur sind sie beiderseits in beginnender Verknöcherung.

Nierengebiet vergast. Rechts vom Querfortsatz des 4. Lendenwirbels liegen in einem pflaumengroßen Bezirk zahlreiche stecknadelkopfgroße, kalkdichte Schatten (wahrscheinlich verkreidete Mesenterialdrüsen). Im Gebiet der Nieren sind Kalkschatten nicht nachweisbar. Die Lendenwirbelkörper weisen dem Erwachsenen analoge Form auf. Am 1. und 2. Lendenwirbelkörper ist vielleicht noch eine Spur von Epiphysenfuge nachweisbar; am 3.—5. sind diese nicht mehr zu erkennen. Am Kreuzbein sind die oberen Wirbelkörper und -bögen miteinander verschmolzen. An den Darmbeinschaufeln sind schon die Epipsysen deutlich ausgebildet.

Besonders beachtlich sind die Anfälle, die F. darbietet. Er hat zu wiederholten Malen leichte Anfälle gehabt mit kurzfristiger allgemeiner Starre, der dann einige klonische Zuckungen folgten. Derartige Anfälle traten bei Tage und zu wiederholten Malen auch nachts auf. Als man ihm einmal wegen starken Foetors in den Mund sehen wollte, war er widerstrebend, ließ sich vorsichtig zu Boden fallen, nahm eine theatralische Haltung ein und begann mit Zuckungen, wobei er den Arzt ansah, das Bewußtsein war erhalten. Auf die Aufforderung, ruhig aufzustehen und den Mund aufzumachen, tat er dies; er war völlig klar.

Im Laufe der Zeit haben die hier beobachteten Anfälle ihren Charakter etwas geändert. Es ist nämlich eine, wenn auch meist nur kurze Bewußtlosigkeit beobachtet worden, der dann fast stets ein tiefer Schlaf folgte. Wiederholt ist F. auch hingefallen und hat sich verletzt, so z. B. einmal recht erheblich das eine Augenlid beim Aufschlagen auf den Waschtisch, dann wieder schlug er gegen den Schrank und mehrfach ist er auch auf den Fußboden stark hingefallen. Die Reflexe waren, so oft man sie prüfte, bald nach dem Anfall normal.

Einmal fiel während der ärztlichen Visite auf, daß F. plötzlich in läppischer Weise zu lachen begann, er kniff die Augen zu, warf den Kopf

Digitized by Google

hin und her und zeigte eine hochrote Gesichtsfarbe; die Extremitäten waren gespannt, Zuckungen traten nicht auf. Die Pupillen waren in Ordnung, Babinski und Oppenheim nicht auslösbar. Auf die Frage, was geschehen sei, antwortete er, »ich habe einen Anfall gehabt« und lachte dabei. Irgendwelche Anzeichen von Müdigkeit fanden sich damals nicht, zu koupieren war der Anfall nicht, Dauer etwa 1 Minute. Im Laufe des Tages hatte er noch einen zweiten Anfall.

Gelegentlich traten Anfälle auf, wenn man ihn schelten mußte. —

Gehen wir nun näher auf das gesamte Krankheitsbild, das F. darbietet, ein.

Als Ursache für die Zustände, wie sie die Pubertas praecox zeigt, kommen 3 verschiedene Prozesse in Betracht. Einmal handelt es sich um Veränderungen an den Keimdrüsen selbst, dann wieder ist die Rinde der Nebennieren erkrankt und schließlich kann es sich um Veränderungen an der Zirbeldrüse handeln, und zwar liegen bei allen 3 Arten meist Tumoren vor, die eine Funktionsänderung des betreffenden Organes bedingen.

Relativ am einfachsten und am sichersten sind die pathologischen Prozesse an den Keimdrüsen, besonders den männlichen, zu diagnostizieren. Dabei ist es interessant, daß nach einem operativen Eingriff an den Keimdrüsen die Symptome des Hypergenitalismus wieder zur Rückbildung gelangen; es dürfte also erwiesen sein, daß es tatsächlich einen von den Keimdrüsen ausgehenden Hypergenitalismus gibt. Bei unserem oben beschriebenen Fall kann man wohl diese Art der Erkrankung ausschließen.

Wenn wir nun kurz zu den Erscheinungen übergehen, die sich bei den Tumoren der Nebennierenrinde finden, so sind dabei zu nennen eine vorzeitige Entwicklung, Störungen in der Sexualsphäre, Fettansatz und starke Behaarung; an der Nebennierenrinde selbst finden sich nach *Apert* hypoplastische Zustände. All diese Symptome beruhen auf einer Überfunktion der Rinde, und in der Literatur sind eine ganze Reihe derartiger Fälle beschrieben worden. Neben der Adipositas und dem beschleunigten Körperwachstum, wobei die kindlichen Dimensionen erhalten geblieben sind, findet sich dann oft eine beschleunigte Ossifikation und Dentition, während die Psyche derartiger Kinder entweder im normalen Tempo sich entwickelt oder gar zurückbleibt.

Handelt es sich um juvenile oder um erwachsene Personen mit Tumoren der Nebennierenrinde, so finden sich gleichfalls Veränderungen der Geschlechtscharaktere.

Bei unserem Fall erscheint es uns von Wichtigkeit, daß weder ein Fettansatz, noch eine anormale Behaarung vorhanden ist. Die vor Jahresfrist noch beobachtete leichte Lanugobehaarung ist zurückgegangen, lediglich in der Gegend des Kreuzbeines ist die Behaarung etwas stärker, als es der Norm entspricht; dies ist aber eine Beobachtung, die man auch sonst vielfach, wenn man

Digitized by Google

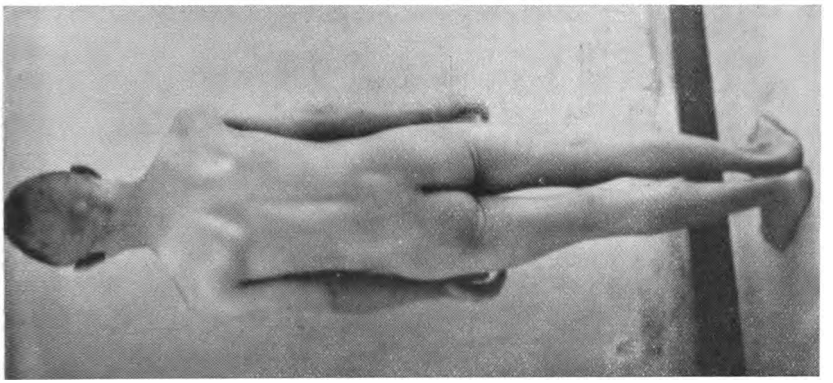


Abb. 3

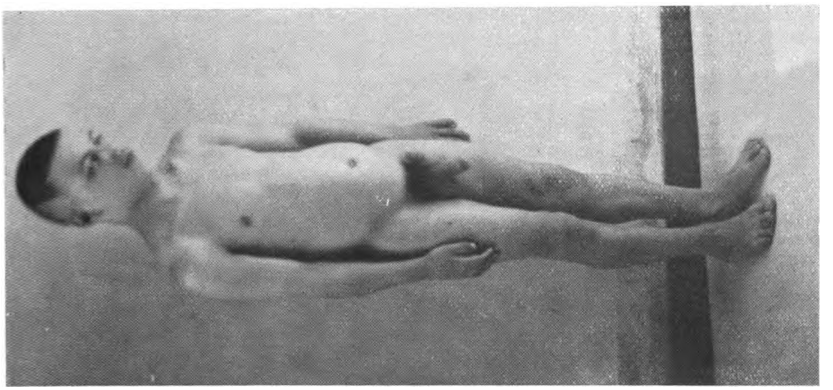


Abb. 2

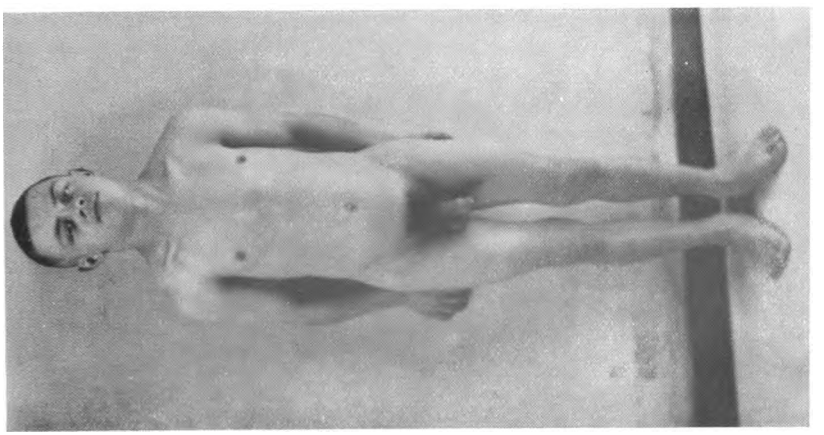


Abb. 1

Digitized by Google

UNIV. OF MICH.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 97, Tafel 1.
Zu „W. Kürbitz, Pubertas praecox bei einem schwachsinnigen Knaben".

Digitized by Google

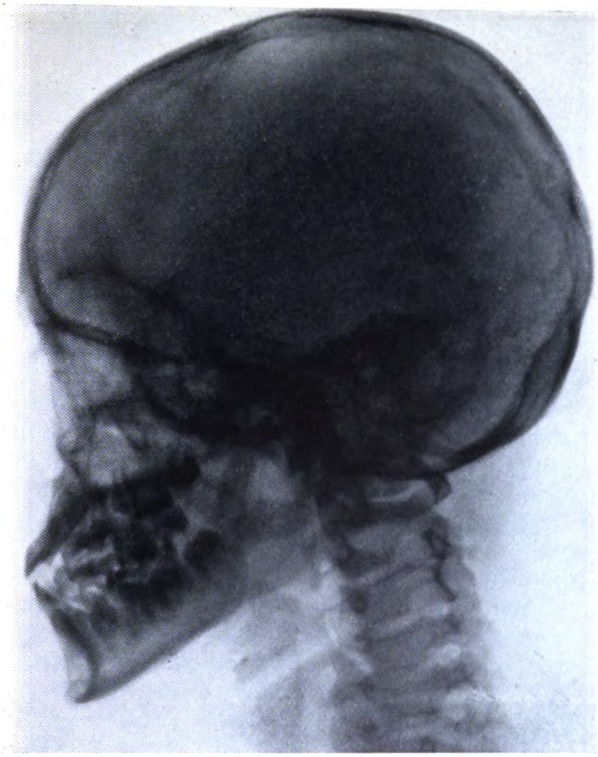


Abb. 4

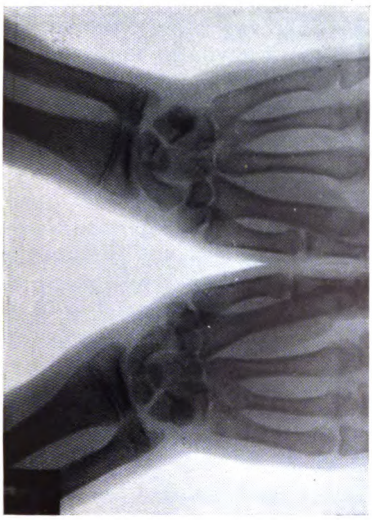


Abb. 6

Abb. 5

Digitized by Google

Digitized by Google

darauf achtet, bei kindlichen Individuen findet und auf die wir, da an dem ganzen übrigen Körper hinsichtlich der Behaarung durchaus normale Verhältnisse vorliegen, keinen besonderen Wert legen möchten.

Die kindlichen Dimensionen sind durchaus gewahrt insofern, als der Oberkörper länger ist als der Unterkörper, liegt doch der Mittelpunkt 3 cm über der Symphyse. Die Hautfarbe ist überall normal. Eine Braunfärbung, etwa im Sinne einer Addisonschen Krankheit, fehlt, ebenso alle übrigen für diese Krankheit charakteristischen Symptome; dagegen fällt auf, daß über den Schultern, dort wo der Hosenträger aufliegt, die entsprechende Hautpartie heller getönt ist, wie man es auch auf der Photographie deutlich erkennen kann. Der beginnende Flaum an der Oberlippe und die Behaarung an den Geschlechtsteilen ist nicht als charakteristisches Merkmal für eine Nebennierenerkrankung aufzufassen, findet man doch derartige Veränderungen auch bei Fällen von Pubertas praecox, die auf anderer Ursache beruhen.

Auch die Röntgenuntersuchung hat keinerlei Anhaltspunkte dafür erbracht, daß etwa ein Tumor an den Nebennieren vorhanden ist. Alles in allem muß man also sagen, daß für eine Erkrankung an den Nebennieren keine sicheren klinischen und röntgenologischen Anhaltspunkte bestehen.

Da sich nun auch, wie oben erwähnt, pathologische Prozesse an den Hoden nicht nachweisen lassen, so bleibt als letzte Ursache nur noch eine Erkrankung der Glandula pinealis.

Wenngleich auch hier das Röntgenbild keine sicheren Hinweise bietet, so darf man eine Zirbeldrüsenerkrankung unseres Erachtens doch nicht ganz ausschließen, absolut beweisend würden allerdings nur tatsächlich vorhandene Veränderungen auf der Platte sein.

Liegt bei einer frühzeitigen Entwicklung eine Erkrankung der Nebennierenrinde zugrunde, so handelt es sich stets um eine Überfunktion dieses Organes, aus der dann ein Hypergenitalismus resultiert; kommt dagegen die Zirbeldrüse als ursächliches Moment in Frage, so ist eine Unterfunktion für den Krankheitsprozeß verantwortlich zu machen. Dabei soll die Frage offen bleiben, ob die Glandula pinealis alleinige Ursache ist, oder ob nicht etwa durch ihre mangelhafte Tätigkeit das Inkret einer anderen Drüse mit schädigend wirkt.

Interessant sind die Versuche von *Foar*, zitiert nach *H. Zondek*, der bei Hähnen nach Entfernung der Glandula pinealis eine frühzeitig einsetzende Genitalentwicklung beobachten konnte. Daß die Zirbeldrüse sezerniert, das hat *Hortega*[1]) nach-

[1]) *Hortega:* Histologische Beschaffenheit der Zirbeldrüse. Archivos Neurologia 1929.

Digitized by Google

gewiesen, der sowohl an den Parenchymzellen der menschlichen Zirbel, als auch an den Gliazellen während der Entwicklungsperiode sekretorische Phänomene nachweisen konnte.

Nicht unerwähnt sollen auch Versuche bleiben, die *Demel*[2]) über die Funktion der Zirbeldrüse angestellt hat. Er entfernte bei Widdern total die ganze Epiphyse; es wuchsen daraufhin die Hoden sehr stark, während die Hörner in der Entwicklung zurückblieben. Auch fand sich bei zirbellosen Tieren ein längeres Wachstum der Wollhaare nebst Fehlen der Marksubstanz und größere Elastizität der Wolle.

Umgekehrt hat *Barbacci*[3]) bei einem Fall von Hypogenitalismus eine Überfunktion der kindlichen Zirbeldrüse, bei der sich röntgenologisch mehrere Verkalkungen fanden, angenommen.

Augenärztlich lassen sich bei F. keinerlei Abweichungen von der Norm feststellen, insbesondere war der Augenhintergrund frei von jeglichen krankhaften Erscheinungen.

In unserem Fall bestand auch noch eine auffallend tiefe Stimme, wie sie sonst bei Jünglingen nach erfolgtem Stimmwechsel erst anzutreffen ist. Eine fachärztliche Prüfung der Stimme hat ergeben, daß der Kehlkopf bereits wie bei einem Erwachsenen stark entwickelt ist; die Epiglottis ist zwar zurückgeblieben, jedoch sind Stimm- und Taschenbänder sehr kräftig entwickelt. —

Eine röntgenologische Untersuchung durch den Zahnarzt zeigte gleichfalls eine weit vorgeschrittene Entwicklung des Gebisses. Der Zahnwechsel ist etwa um 2 Jahre verfrüht, wie sich an den 6-Jahrmolaren nachweisen ließ. Auch die Resorption der Milchmolaren und damit auch die Anlage der Prämolaren war weiter, als es dem Lebensalter des Knaben entsprach; der Durchbruch der beiden --7---|---7- im Unterkiefer wird aller Wahrscheinlichkeit nach auch 2 Jahre zu früh einsetzen. Dieser Befund weicht in gewisser Weise ab von den Ergebnissen, die *Päßler*[4]) in seinem Fall gefunden hat, daß nämlich die Kiefer- und die Zahnentwicklung bei Pubertas praecox normal ist, d. h. also, dem wirklichen Alter entspricht, während bei *Päßlers* 6 Jahre 10 Monate altem Patienten der Körper sonst Verhältnisse aufwies wie bei einem 13—14jährigen Jungen, Genitale und Kopf dagegen wie bei Erwachsenen.

In unserem Fall ist aber entschieden eine Frühentwicklung des Gebisses vorhanden, wenngleich sie auch nicht so groß ist

---

[2]) *Demel:* Klinisches und Experimentelles zur Funktion der Zirbeldrüse. *Bruns* Beiträge 1929 (ref. Zentralblatt 54. Band).

[3]) *Barbacci:* Pinealer Eunuchoidismus mit Röntgenbefund (ref. Zentralblatt, 54. Band).

[4]) Deutsche Zeitschrift f. Nervenheilkunde, 120. Bd., 1931.

Digitized by Google

und sie auch nicht soviele Jahre umfaßt, wie man es bei den übrigen untersuchten Knochen des Körpers röntgenologisch feststellen konnte. Der Vorsprung der Dentition beträgt etwa 2 Jahre, während die übrigen Knochen, wie sich aus den folgenden Zeilen ergibt, weit stärker praematur entwickelt sind.

An den beiden Ellenbogengelenken erweisen sich nämlich im Röntgenbild die gelenkbildenden Knochen schon wie bei einem Erwachsenen ausgebildet, obwohl die normale Ossifikation erst mit dem 13. Lebensjahr abgeschlossen ist, es besteht also hier ein Vorsprung von 6 Jahren. Am proximalen Ende des linken Radius ist nur noch eine schwach angedeutete Epiphysenfuge zu erkennen, rechts etwas stärker; diese Synostosierung findet sonst erst mit dem 20. Lebensjahr ihren Abschluß. Am distalen Ende beider Unterarmknochen sind die Epiphysenfugen zwar noch offen, aber doch schon recht schmal. Ferner findet sich eine deutliche Ossifikation an sämtlichen Handwurzelknochen; auch hier besteht ein Vorsprung von 5—6 Jahren gegenüber der Norm; die Ossifikation für das Os pisiforme liegt nämlich erst im 12.—13. Lebensjahr. Desgleichen lassen sich nicht mehr die Epiphysenfugen an den Mittelhandknochen nachweisen, obwohl sonst erst eine Synostosierung zwischen 20.—25. Lebensjahr stattfindet.

Gleiche Verhältnisse finden sich an den Kniegelenken und an der Tibia. Am Femur sind ebenfalls beiderseits die Epiphysenfugen im Begriff zu verknöchern, ein Vorgang, der sich sonst erst zwischen 19. und 23. Lebensjahr abspielt.

Am 3. und 5. Lendenwirbelkörper sind keinerlei Epiphysenfugen mehr nachweisbar, schwach nur im 1. und 2. Lendenwirbelköperr; das normale Auftreten würde erst zwischen 14. und 16. Lebensjahr liegen und die normale Synostosierung sogar erst zwischen 22.—25. Lebensjahr. Ähnlich ist der Befund am Kreuzbein, bei dem die normale Verschmelzung der Wirbelkörper sonst erst zwischen 14. und 19. Lebensjahr und die der Bögen im 7.—12. Lebensjahr stattfindet; hier ist die Verschmelzung bereits vollzogen. Auch an den Darmbeinschaufeln sind die Epiphysen schon gut ausgebildet, wie man es sonst erst zwischen 14. und 16. Lebensjahr findet. Alles in allem ergibt sich aus den Röntgenbildern, daß die Ossifikation und die Synostosierung ungefähr 5—12 Jahre der Norm vorauseilen.

Gesichtsschädel und Schädelbasis weisen röntgenologisch keine Abweichungen von der Norm auf. Beachtlich ist jedoch, daß die linke Hälfte der Lambdanaht in den oberen Abschnitten anscheinend schon verknöchert ist, während die übrigen Nähte noch normale Verhältnisse zeigen. Die Stirnhöhlen fehlen oder sind noch nicht pneumatisiert, das würde der Norm entsprechen, da die gewöhnliche Pneumatisation erst zwischen 11.

Digitized by Google

und 12. Lebensjahr stattfindet. Die Siebbeinzellen sind normal. Auch die linke Kieferhöhle ist normal ausgebildet, die rechte jedoch nicht; vermutlich ist sie noch nicht pneumatisiert.

Von Wichtigkeit ist sodann, daß die Hypophyse eine normale Größe aufweist. Sie zeigt absolut scharfe Ränder und keinerlei Vertiefung nach unten, wie man es sonst bei Vergrößerungen infolge von Tumoren oft findet; auch die umgebenden Knochen sind normal. Die Pacchionischen Gruben sind deutlich zu sehen; das entspricht der Norm, da im allgemeinen ihr Auftreten im 8. Lebensjahr beginnt. Dem Alter weit vorauseilend findet man jedoch bei F. eine verknöcherte Synchondrosis sphenooccipitalis, die sonst erst im 12.—20. Lebensjahr einsetzt.

Die frühzeitige Verknöcherung wird vermutlich für den Patienten noch von Bedeutung sein. Vor 1 Jahr war er, 6 Jahre alt, 125 cm lang gegenüber einer Durchschnittsgröße für dieses Alter von 110 cm nach Pirquet-Cammerer, mithin lag also eine Überlänge von 15 cm vor. Auch 1 Jahr später bestand noch ein Plus von 14 cm (128 cm zu 116 cm), trotzdem wird aber aller Wahrscheinlichkeit nach das Wachstum infolge der allenthalben nachgewiesenen frühzeitigen Ossifikation bald zum Stillstand gelangen und F. eine zwergenhafte Gestalt bekommen.

Besondere Beachtung verdienen sodann noch die Krampfanfälle, die unser Patient zeigt. Bereits in dem ärztlichen Aufnahmeattest vom August 1930 ist erwähnt worden, daß epileptiforme Anfälle mit Urinabgang seit Oktober 1929 beobachtet worden sind; der Knabe war also damals genau 5 Jahre alt. Es ist die Möglichkeit keineswegs von der Hand zu weisen, daß diese Anfälle aufgetreten sind gleichzeitig mit der Pubertas praecox, denn bereits $^1/_2$ Jahr später wird in dem erwähnten ärztlichen Attest von der weit vorgeschrittenen Verknöcherung im Knochengerüst gesprochen, von einer abnormen Penislänge, vollständiger Genitalbehaarung und von Pollutionen. Die Anfälle, die F. vorwiegend in den ersten Monaten seines hiesigen Anstaltsaufenthaltes darbot und gelegentlich auch noch einmal später, trugen vielfach mehr einen psychogenen Charakter. Ich erinnere dabei nur an den oben kurz wiedergegebenen Anfall, der eintrat, als er sich wegen eines Foetors nicht den Mund nachsehen lassen wollte; er glitt vorsichtig zu Boden, nahm eine theatralische Haltung ein und begann mit Zuckungen, das Bewußtsein war erhalten und auf die Aufforderung, ruhig aufzustehen und den Mund aufzumachen, tat er das. Zu wiederholten Malen ist auch ein Anfall aufgetreten, wenn man F. wegen seines ungehörigen Verhaltens tadeln mußte.

Andererseits sind aber bei Tage und bei Nacht ohne jeglichen äußerlichen Anlaß wiederholt einwandfrei Anfälle bei

Digitized by Google

ihm beobachtet worden, die durchaus epileptischen Charakter trugen, mit Bewußtlosigkeit, nachfolgendem tiefen Schlaf und mit Verletzungen, die er sich beim Hinstürzen zugezogen hat.

Die Anfälle waren in ihren Erscheinungen schwerer, wenn man mit Luminaletten ausgesetzt hatte. Bei Erkrankungen der Glandula pinealis können Krampfanfälle auftreten, dafür gibt es auch in der Literatur manches Beispiel, und auch F. möchte ich in diese Gruppe einreihen, besonders auch im Hinblick auf das oben bereits erwähnte zeitliche Zusammentreffen von Pubertas praecox und Anfall.

Aus dem Schrifttum sei noch ein Fall erwähnt, den *Weygandt* auf der Versammlung des Deutschen Vereines für Psychiatrie in Danzig (1929) besprochen hat und den er dann später in der Medizinischen Welt (1930, S. 1) veröffentlichte.

W. nahm auf Grund der Anamnese und späterer eigener Beobachtung an, daß bei seinem Patienten im 2. Lebensjahr hypophysäre Störungen vorgelegen haben, zu denen dann im 6. Jahr epiphysäre Veränderungen hinzugetreten sind, verursacht durch einen enzephalitisch bedingten Hydrozephalus.

In einer Diskussionsbemerkung zu diesem Vortrag hat *Walter* bezweifelt, daß die Zirbeldrüse sezerniert (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 93. Band, Seite 47). Die später veröffentlichten und oben bereits wiedergegebenen Untersuchungen von *Hortega* dürften aber wohl Klarheit über diese Frage gebracht haben. Der Fall von *Weygandt* ist auch noch dadurch interessant, daß Krämpfe bestanden. Im Alter von 4 Monaten war der Knabe fieberhaft erkrankt, danach stellten sich sehr viel Krämpfe mit Augenverdrehen ein; zuletzt zeigten sich Krämpfe, als der Knabe 21 Monate alt war, später aber nicht mehr. —

Ganz auffallend ist es, daß, wie es auch sonst in der Literatur gelegentlich schon festgelegt ist, die körperliche frühzeitige Entwicklung nicht vergesellschaftet ist mit einer geistigen Frühreife, sondern daß sich die Psyche auf einer dem Lebensalter entsprechenden Stufe befindet; allerdings sagt *Schumacher*[4]), daß sich bei Pubertas praecox infolge von Zirbeldrüsenveränderung häufig eine ungewöhnliche intellektuelle Begabung finden solle, eine Ansicht, die aber wohl noch weiterer Nachprüfung bedarf. —

Unser Patient ist jedenfalls in seinem ganzen Wesen noch durchaus kindlich und seinem Alter entsprechend, dabei analog dem leicht vorhandenen Schwachsinn wenig interessiert. Einzig und allein sein Benehmen den Schwestern und später auch einmal einem gleichaltrigen Zögling gegenüber zeigt die sexuelle Früh-

[4]) *Schuhmacher:* »Ein Beitrag zur Frage der Pubertas praecox.« Archiv für Psychiatrie 1928, 84. Band, S. 325.

Digitized by Google

reife, die man auch sonst bei Pubertas praecox findet. Der Unterschied zwischen somatischer Frühreife und Psyche ist infolge der Imbezillität besonders stark, und dadurch wird das ganze Krankheitsbild, das F. bietet, nur noch mehr herausgehoben und tritt sinnfälliger in die Erscheinung.

Die Imbezillität kann man vielleicht mit der Zangengeburt in Verbindung bringen; über die hereditären Verhältnisse bei F. haben sich leider keine sicheren Anhaltspunkte gewinnen lassen.

Sein unverträgliches und zuweilen gewalttätiges Verhalten steht vermutlich mit den epileptischen Anfällen in ursächlichem Zusammenhang; diese Anschauung findet in der Tatsache, daß sein asoziales Wesen in den letzten Monaten entschieden zunahm, eine Stütze.

Überblickt man das ganze Krankheitsbild unseres Patienten, so handelt es sich um einen imbezillen Knaben, der bereits mit $5^1/_2$ Jahren ausgesprochene Zeichen einer Pubertas praecox aufweist (Penis und Hoden wie beim Erwachsenen, Pollutionen, starke Scham- und Achselhöhlenbehaarung, Bartanflug, tiefe Stimme); der Beginn des Krankheitsprozesses liegt natürlich noch weiter zurück.

Ferner treten mit 5 Jahren Krampfanfälle auf, meist epileptiformer Art, gelegentlich trugen sie auch psychogenes Gepräge.

Beachtlich ist sodann noch die erhebliche frühzeitige Entwicklung am Knochensystem, die sich röntgenologisch einwandfrei feststellen läßt.

Als Ursache aller Veränderungen kann man wohl eine Unterfunktion der Glandula pinealis annehmen.

Digitized by Google

(Aus der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf. Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Kürbitz*.)

Wachstumsstörungen bei chronischer Encephalitis epidemica.

Von

Wilhelm Lange.

Mit 1 Kurve im Text.

Die Encephalitis epidemica verursacht die mannigfachsten Wachstumsstörungen, die naturgemäß jedoch erst dann beobachtet werden, wenn längere Zeit das chronische Stadium der Krankheit bestanden hat. Im folgenden sollen unter »Wachstumsstörungen« diejenigen Prozesse besprochen werden, die mit einer körperverändernden Form einhergehen und deren Ursache die Encephalitis epidemica ist. Die Störungen können recht verschiedener Art sein: einmal sind es Störungen des Stoffwechsels, zum anderen trophische Prozesse.

Die Stoffwechselstörungen interessieren hier insofern, als sie die Körperform zu beeinflussen imstande sind, also hauptsächlich eine Umstellung des Fetthaushaltes hervorrufen. Hierhin gehören die Fälle von Dystrophia adiposo-genitalis und auch diejenigen von einfacher Adipositas.

Während von trophischen Störungen diejenigen berücksichtigt werden sollen, die einerseits eine allgemeine gleichmäßige Wachstumshemmung hervorrufen, und andererseits solche, die bei einem einseitigen akinetisch-hypertonischen Syndrom das Wachstum nur an der betroffenen Seite beeinflussen.

Alle nachstehend beschriebenen Fälle wurden in der hiesigen Enzephalitiker-Abteilung beobachtet. Andersartige Wachstumsstörungen als die hier gesehenen, sollen nur kurz Erwähnung finden. Dies mag gleich vorweg genommen werden.

Ermakova und *Gruszecka* haben je einen Fall beschrieben, der akromegale Veränderungen aufwies. Bei dem Kranken von *Gruszecka* bildeten sich jedoch diese Erscheinungen akromegaler Art zurück. *Korst* berichtet über einen Kranken mit Eunuchofeminismus neben anderen Symptomen. Auch örtlich begrenzte Hypertrophien sind beobachtet worden, so von *Ivanova-Christova* die Hypertrophie

Digitized by Google

einer Mamma bei einem 14- und einem 15jährigen Mädchen, bei beiden Kranken bestand außerdem ein Torsionsspasmus.

Die hier beobachteten Wachstumsstörungen sind nach dem oben Gesagten einzuteilen in

1. Wachstumsstörungen durch Umstellung des Fetthaushaltes (Dystrophia adiposo-genitalis und Adipositas ohne Genitalbeteiligung);
2. Wachstumshemmung im Sinne eines allgemeinen Infantilismus;
3. Halbseitige Wachstumshemmungen.

1. Wachstumsstörungen durch Umstellung des Fetthaushaltes (Dystrophia adiposo-genitalis und Adipositas ohne Genitalbeteiligung).

Fälle von Fettsucht nach einer überstandenen Encephalitis epidemica sind schon früh beobachtet worden. Zum Teil entstand die Fettsucht bald nach der überstandenen akuten Erkrankung in kurzer Zeit, in anderen Fällen entwickelte sie sich allmählich im Verlaufe der chronischen Enzephalitis. Bei einigen Kranken ging die Adipositas mit Störungen der Genitalfunktion einher, es bildete sich ein Hypogenitalismus aus, so daß das Ganze das Bild einer Dystrophia adiposo-genitalis darbot. In anderen Fällen wurde die Genitalfunktion nicht beeinflußt, dort beherrschte die Adipositas allein das Krankheitsbild. Auch wurde in manchen Fällen eine verstärkte Diurese als Begleiterscheinung der Adipositas festgestellt.

Zunächst lasse ich zwei Fälle folgen, bei denen sich eine Dystrophia adiposo-genitalis ausgebildet hat.

Fall 1. Hilde S., geboren 1906 [1]). Keine erbliche Belastung. Erkrankte im Mai 1924 mit Schielen, Doppelsehen und Schlaflosigkeit. Nach Behandlung bei einem Hypnotiseur schlief sie 4 Tage ununterbrochen. Nach 5 Monaten fiel das starre Gesicht und Speichelfluß auf, gleichzeitig wurde sie schwerfälliger. Ein Jahr nach der Erkrankung begann hochgradige Gewichtszunahme. April 1926 hatte Patientin einen Abort.

Bei der ersten Aufnahme in der hiesigen Abteilung war das akinetisch-hypertonische Syndrom schon voll ausgebildet. Bei einer Körpergröße von 155 cm hatte Pat. ein Gewicht von 67,1 kg. Die Adipositas reagierte gut auf Thyreoidin, in 4½ Monaten nahm sie 8,5 kg ab. Die Pat. unterzog sich einer Malariakur, während derselben bekam sie kein Thyreoidin und nahm trotz der Fieberanfälle etwas an Gewicht zu. Durch die Malariakur wurde keine Besserung erzielt. Pat. wurde mit 61 kg beurlaubt und dann entlassen. Ein Jahr später, im Mai 1929, kam sie zur Wiederaufnahme mit einem Gewicht von 74 kg, das bis zu ihrer Entlassung im September 1929 auf 70,5 kg herunterging. Die Fettansammlung war besonders hochgradig in den Bauchdecken, an den Hüften, am Mons veneris und dem Mammae. Die Menses waren 1929 wieder regelmäßig, nachdem sie vom Mai 1927 an ausgesetzt hatten. Von

[1]) Vergleiche Fall 3 von *Kürbitz* und *Lange*, Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1929, Heft 6.

Digitized by Google

Zeit zu Zeit traten bei ihr Depressionszustände auf, in diesen Zeiten äußerte sie auch Suizidgedanken und besorgte sich zu diesem Zwecke Bitterkleesalz. Hat nach der zweiten Aufnahme zunächst Harmin und dann Harmin im Wechsel mit Skopolamin bekommen; hierbei wurden Vorzüge des Harmins gegenüber dem Skopolamin nicht beobachtet. Nach der Entlassung hat sich das akinetisch-hypertonische Syndrom noch stärker entwickelt.

Fall 2. Marga F., geboren 1913. Mutters Vater Trinker, starb an den Folgen eines Schlaganfalls. Januar 1923 Erkrankung mit Fieber, Doppelsehen, Schluckbeschwerden und Phantasieren. Nach der Erkrankung bestand zunächst Ganglähmung, die sich nach 1/2 Jahr besserte. War gleich nach der Erkrankung schwieriger zu behandeln; wurde rechthaberisch und bockig. Ferner waren von der Erkrankung Schielen, Akkomodationsstörungen und eine Schwäche der Blase zurückgeblieben. Dann machte sich eine starke Fettablagerung am ganzen Körper bemerkbar. Während sie vor der Erkrankung eine der besten Schülerinnen war, kam sie nachher nur mittelmäßig mit fort. Zeigte einen Hang zum Nichtstun und spielte am liebsten mit kleinen Kindern, wurde von Gleichalterigen abgelehnt und schlecht behandelt.

August 1929 Aufnahme in hiesige Enzephalitiker-Abteilung. Befund mit 16 Jahren: Größe 152 cm, Gewicht 52,5 kg (Normalgewicht 42,1 kg). Maskengesicht. Bradyphrenie. Keine Hyper- oder Hypotonie der Extremitäten. Obere mittlere Schneidezähne weisen Bäckerkaries auf. Augen: verminderter Lidschlag, Ptosis, rechts stärker als links. Rechtes Auge bleibt stark in der Bewegung nach links und nach unten zurück. Pupillen ungleich, rechts größer als links. Beide Pupillen verzogen. Reaktion auf Licht gering, bei Konvergenz erloschen. Babinski links angedeutet, sonst Reflexe o. B. Sprache schnell, undeutlich, verwaschen. Pat. spricht so schnell, daß viele Worte verschluckt werden, dabei werden einzelne Worte und oft auch Satzteile mehrfach wiederholt. Blut-WaR. negativ. Starke Fettablagerungen in den Bauchdecken, an den Hüften, am Mons pubis, an den Oberschenkeln und unter den Armen. X-Beine, Plattfüße. Mammae gering entwickelt, Schamhaare spärlich. Mit 16 1/2 Jahren keine Menses. Durch Thyroxin-Schering wurde keine Beeinflussung der Adipositas gesehen. Eine Pregl-Lösung-Kur blieb ohne wesentlichen Erfolg. F. war hier zunächst träge, liederlich, schwatzhaft, unverträglich, besonders mit den größeren Mädchen, ferner sehr zimperlich und sehr auf das Essen erpicht. Am Schlusse ihres Anstaltsaufenthaltes war sie jedoch schon erheblich verträglicher und arbeitsamer geworden.

Beide Fälle weisen eine starke Adipositas auf. Im ersten Falle bestanden längere Zeit hindurch Menstruationsstörungen. So hatten bei der Patientin S. von Mai 1927 an die Menstruationsblutungen bis 1928 ausgesetzt; 1929 waren sie allerdings wieder regelmäßig. Im zweiten Falle hatten die Menses noch nicht eingesetzt, auch waren bei dem 16 1/2 Jahre alten Mädchen die sekundären Geschlechtscharaktere nur angedeutet. Ebenso zeigte die Psyche im wesentlichen eine kindliche Einstellung. Beide Fälle fallen also, da sie Adipositas und Genitalhypofunktion zeigen, unter den Begriff der Dystrophia adiposo-genitalis.

Folgende weitere fünf Kranke, vier Frauen und ein Mann, weisen eine Adipositas auf, ohne daß die Genitalfunktion beeinträchtigt ist.

Digitized by Google

Fall 3. Lotte O., geboren 1900. Mutter nervös. Vater Diabetiker. Akute Erkrankung Januar 1920. Pat. begann plötzlich nachts zu singen. Dann Schlafsucht, die einige Monate anhielt. Während dieser Zeit ließ Pat. unter sich. Allmählich bildete sich ein mittelschwerer Parkinsonismus aus. Pat. ist sehr leicht zu beeinflussen und weint sehr leicht.

Aufnahme in hiesige Anstalt im November 1928. Größe 158,5 cm, Gewicht 70 kg. Starke Fettansammlung an den Hüften, an den Oberschenkeln und am Mons pubis. Etwas stärker als normal sind auch die Fettablagerungen in den Brüsten; Menses regelmäßig. Maskengesicht, Zungentremor. Hypertonien der gesamten Muskulatur des Rumpfes und der Extremitäten und linksseitiger Tremor. Bäckerkaries der unteren Eckzähne und des rechten unteren Schneidezahns. Oben fehlen sämtliche Schneidezähne. Augen: beiderseits Exophthalmus, verminderter Lidschlag, Strab. conv. bds., sakkadierte Augenbewegung. Bei Ermüdung Doppelsehen. Beide Pupillen sind leicht verzogen und reagieren nur wenig auf Licht. Blut-WaR. negativ. Hochgradige Bradyphrenie. Gang schleppend, Lateropulsion rechts. Lebt ruhig in der Abteilung, liest viel, beschäftigt sich mit den kleinen Mädchen und macht mit ihnen Schularbeiten. Ist sehr weinerlich. Hat keine Vorstellung von der Schwere ihrer Erkrankung. Nach einer Natrium cacodylicum-Kur fühlte sie sich frischer, objektiv war jedoch nichts davon zu bemerken. Gewicht geht auf 65 kg zurück.

Fall 4. Minna F., geboren 1912. Mutters Vater Trinker, dessen Vater war ebenfalls Trinker und verübte Suizid, dessen Mutter Dementia senilis. Mutter machte debilen Eindruck. Vaters Bruder ist Epileptiker und in einer Anstalt untergebracht. Vater selbst hatte einen Anfall, über den nichts weiter zu erfahren war, auf Grund dessen er jedoch Invalidenrente bekommt. Ein 23jähriger Bruder hat Suizid begangen. Als Kind normale Entwicklung. 1922 ist Pat. vor einem Blitz erschrocken und bekam einige Tage später hohes Fieber. F. war dann mehrere Wochen bettlägerig, schlief nicht, bekam einen starren, leeren Gesichtsausdruck, war sehr unruhig und spuckte ihre Umgebung an. Kein Speichelfluß, keine Augenmuskelstörung. Nach dieser Zeit bestand großes Schlafbedürfnis. 2 bis 3 Jahre nach der Erkrankung trat zunehmende starke Charakterveränderung auf: F. wurde reizbar, streitsüchtig, roh und boshaft gegen Eltern und Geschwister. In einem Gutachten aus einer Erziehungsanstalt wurde sie als kindisch, triebhaft, träge, plump, sehr gefräßig, unsauber, streitsüchtig und überempfindlich bezeichnet; auch zeigte sie dort wenig Schamgefühl. Außerdem fiel in der genannten Anstalt ihr abnormes Schlafbedürfnis auf. In der Leipziger Nervenklinik wurde die Diagnose Encephalitis epidemica gestellt und die Pat. im Januar 1923 der hiesigen Enzephalitiker-Abteilung zugeführt.

Aufnahmebefund. Mit 16½ Jahren 166 cm groß, Gewicht 67 kg. Maskengesicht, Exophthalmus, Blinzelzeichen, sakkadierte Augenbewegung, Pupillen reagieren bds. wenig ausgiebig, linke Pupille verzogen. Augenkrämpfe treten nur selten auf. Kein Rigor, doch ist Pat. in allen Bewegungen sehr langsam. Blut-WaR. negativ. Fettansammlungen finden sich hauptsächlich in den Bauchdecken und an den Oberschenkeln. F. zeigt virilen Behaarungstyp. Menses waren immer regelmäßig. In der hiesigen Anstalt zunächst reizbar, unverträglich, unsauber, zu Widerspruch gegen die Schwestern geneigt. Zum Arbeiten muß man sie immer wieder anhalten. Sie steht oft lange auf einem Fleck, manchmal bis zu einer Stunde, starrt vor sich hin und vergißt das

Digitized by Google

Arbeiten. Im September 1929 wurde neben Depressionen erstmalig Halluzinieren bei ihr beobachtet. Versuchte man näher auf den Inhalt ihrer Wahnideen einzugehen, setzte sie allen Fragen ein beharrliches Schweigen entgegen. Nur gelegentlich wurden Äußerungen wahrgenommen. »Was geht in der Welt vor? Warum wird geschossen?« Eines Tages erzählte sie, daß eine Gestalt an ihrem Bette gewesen sei, und sie wohl nun schwanger werden würde. Ein andermal sagte sie: »Ich bin so traurig, daß ich 'mal lachen muß und dann wieder so ganz anders bin. Ich weiß nicht, wie das so über mich kommt. Was ist denn eigentlich mit mir los?« Nach depressiven und halluzinatorischen Phasen kommen Zeiten, in denen sie zugänglich, verträglich und arbeitsam ist. Ihr Betragen wird allmählich besser, sie wird fleißiger und auch ihre Reizbarkeit den anderen Kranken gegenüber nimmt ab. Nur in den Depressionsstadien ist sie nach wie vor recht schwierig zu behandeln. Kuren von Preglösung und Vaccineurin hatten wenig Erfolg auf das enzephalitische Bild. Eine Besserung trat erst ein, als die Pat. steigend Bellafolin (bis 3¾ mg täglich) erhielt. Später wurde dies Medikament durch Atropin ersetzt, wovon sie zeitweise 17½ mg täglich bekam. Während der Atropin-Kur wurden ebenfalls Depressions- und Halluzinationsstadien beobachtet. So behauptete sie im Juli 1931, die Stimme ihres verstorbenen Bruders zu hören; im September glaubte sie sich verfolgt, man wolle sie ermorden. Das Gewicht war im Laufe der Zeit schon erheblich gesunken (bis 58 kg) und ging im Verlaufe der Atropinkur noch weiter zurück, trotzdem sie zu dieser Zeit Nährpräparate bekam (54 kg). Während eines vierwöchigen Urlaubs im Juli 1931 nahm sie wieder 5 kg zu, um hier wieder auf 54 kg herunter zu gehen. Beeinflussung durch Atropin: die leichte Rigidität verschwand vollkommen, die Bradyphrenie wurde erheblich gebessert, doch blieb F. in ihren Bewegungen immer noch recht langsam. Die Zuckungen, die sich allmäjhlich in den Extremitäten eingestellt hatten, wurden seltener. Die Augenkrämpfe, die Ende 1930 in Abständen von 3—10 Tagen auftraten und bis zu 9 Srtunden anhielten, verschwanden schon bei 1½ mg Bellafolin und traten während der ganzen Bellafolin-Atropinkur bis zur Entlassung, also 8½ Monate lang, nicht mehr auf. Das Maskengesicht ist nicht beeinflußt worden.

Fall 5. Liddy H., geboren 1912. Keine erbliche Belastung. Akute Enzephalitis Oktober 1924 im Anschluß an einen Sturz ins Wasser mit Fieber, Kopf- und Rückenschmerzen. Danach Beginn der Schlafstörungen und der Charakterveränderung. Vor der Erkrankung war sie in der Schule gut vorwärts gekommen, nachher war der Schulerfolg gering. Ist mit 17½ Jahren 156 cm groß und 59 kg schwer (Normalgewicht 45,5 kg). Starke Fettansammlungen an den Oberschenkeln, Hüften, in den Bauchdecken und den Mammae. Menses seit dem 11. Lebensjahre regelmäßig. Keine Bradyphrenie, keine Hypertonie. Schambehaarung normal. Kyphoskoliose mittleren Grades. Blut-WaR. negativ. Erwies sich in der Abteilung als zersetzendes und Unruhe stiftendes Element. Wurde gelegentlich eines Besuches durch den Bruder nach Hause mitgenommen. Wie sich später herausstellte, ist dies auf einen Brief hin geschehen, den sie heimlich der Mutter geschrieben und in dem sie mit Selbstmord gedroht hatte, wenn sie nicht nach Hause käme. ½ Jahr später war sie äußerlich unverändert, jedoch schlief sie bei Tage wieder sehr viel, während der Nachtschlaf unruhig war. Begleitete die Mutter überall hin aus Angst, wieder von Hause fort zu müssen. Droht mit Selbstmord. Hat auch mit einer Zange den Hauptgashahn aufgedreht, da die Mutter den Gas-

Digitized by Google

schlüssel fortgenommen hatte. Will aus dem Fenster des 3. Stockwerks springen, wenn sie wieder von Hause fort müßte.

Fall 6. Ilse B., geboren 1907. Urgroßmutter in höherem Alter geisteskrank. Februar 1920 akute Enzephalitis. Schlief danach noch oft am Tage ein. Hatte keinen Trieb zur Arbeit. Auch zeigte sie bald schwere Charakterveränderung, bekam Wutanfälle und mußte 1924 in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden. Allmähliche Entstehung eines rechtsseitigen Parkinsonismus. Januar 1926 Aufnahme in hiesige Enzephalitiker-Abteilung. Befund mit 18½ Jahren 147 cm groß und 56,5 kg schwer. Maskengesicht. Mäßige Hypertonie im rechten Arm; der Arm wird beim Gehen an den Körper gepreßt. Das rechte Bein wird etwas nachgeschleppt. Rechte Pupille größer als linke. Speichelfluß. Starke Schweißabsonderung aus der Achselhöhle, rechts stärker als links. Patellar- und Achillesreflexe rechts lebhafter als links. Fußklonus rechts. Starke, gleichmäßige Fettansammlung. Gewicht stieg 1925 bis 58 kg und ist im Laufe der Jahre bis jetzt auf 54 kg heruntergegangen. Menses regelmäßig. Ist läppisch und aufdringlich sowie schwer zur Arbeit zu bewegen. Bei Spaziergängen sucht sie die Aufmerksamkeit Vorübergehender auf sich zu ziehen. Schlägt andere Kranke, brüllt und tobt; ist aufsässig, zänkisch und sucht ihren Willen durchzusetzen. Kann sich aber auch zusammennehmen, wenn ein Sonntagsurlaub in Aussicht steht. Ist der Sonntag dann vorbei, ist sie wieder unverändert. Eine Kur mit Pregllösung bringt keinen Erfolg. Nach ¾ Jahren wird Pat. wieder in einer Heil- und Pflegeanstalt untergebracht. Das akinetisch-hypertonische Syndrom hat sich stärker ausgebildet. Es besteht eine allgemeine starke Rigidität, der Gang ist langsam, die Haltung vornübergebeugt, geringe Retropulsion. Ferner besteht ausgesprochenes Salben- und Maskengesicht, Speichelfluß, Sprach- und Gangstörung.

Fall 7. Walter L., geboren 1895. Mutter an Tuberkulose gestorben. Sonst keine Besonderheiten in der Familienanamnese. Pat. hatte im Felde Typhus. 1920 Kopfquetschung mit kurzer Bewußtlosigkeit, seither öfter Kopfschmerz. März 1922 fieberhafte Erkrankung, die als Grippe angesprochen wurde. Während der Erkrankung bestand Zittern und Schlafsucht; ferner bestanden Augenstörungen, auch träumte er sehr viel. Als L. nach 4 Wochen wieder arbeitsfähig geworden war, war er in seinen Bewegungen langsamer. Seit Oktober 1926 Augenkrämpfe, dabei trat Schwindel auf. Versuchte mehrfach zu arbeiten, wurde aber krank geschrieben.

Bei der Aufnahme in die hiesige Enzephalitiker-Abteilung hatte Pat. bei einer Größe von 161,5 cm ein Gewicht von 69 kg. Geringe Gesichtsstarre. Fibrilläres Zucken der Mund- und der Supraorbitalgegend links; leichte Fazialisparese rechts. Zunge wird gerade herausgestreckt, die Bewegungen derselben sind jedoch langsam und ungeschickt. Leichte Amyostase. Feinschlägiger Tremor der Daumen, zeitweise in den ganzen Extremitäten. Beim Gehen wird der rechte Arm nicht mitbewegt. Während seines Aufenthaltes in der hiesigen Enzephalitiker-Abteilung wird das Krankheitsbild wenig beeinflußt. Augenbefund: Linke Lidspalte erweitert, geringer Strab. conv. links, Reaktion auf Licht und Konvergenz langsam, beide Pupillen sind verzogen. Blickkrämpfe nach oben. Das Gewicht steigt von 69 kg bei der Aufnahme auf 83 kg im Februar 1929. Die Fettmassen verteilen sich über den ganzen Körper und erweisen sich als wenig beeinflußbar. Die Genitalfunktion ist nicht gestört. Bei dem Pat. besteht eine ziemlich hartnäckige Obstipation. Besonders

Digitized by Google

schlecht beeinflußbar ist auch die Schlaflosigkeit, infolgedessen besteht oft bei Tage eine starke Müdigkeit. Der Schlaf wird außerdem durch Angstträume beeinträchtigt. Meist wird L. in diesen Träumen von Räubern verfolgt, z. B. wird er gejagt und wegen seiner Schwerfälligkeit von den Räubern bald ergriffen, die ihn auf einen besonders hohen Kirchturm schleppen und hinunterwerfen; beim Hinunterfallen erwacht er. Oder Räuber jagen ihn, er läuft über ein freies Feld, plötzlich sieht er einen dichten hohen Zaun vor sich. Er läuft an demselben entlang, entdeckt auch eine Lücke, kann aber nicht hindurchschlüpfen, da er zu dick ist; er erwacht in dem Augenblick, als die Räuber ihn ergreifen.

Von den sieben Fällen von Adipositas weisen zwei den Typ der Dytrophia adiposo-genitalis auf, während die fünf restlichen Kranken eine Fettsucht ohne Genitalhemmung haben. Die akute Erkrankung dieser Patienten fällt in die Jahre 1920 (Fall 3 und 6), 1922 (Fall 4 und 7), 1923 (Fall 2) und 1924 (Fall 1 und 5). Im Falle 2 entwickelte sich die Fettsucht direkt im Anschluß an die akute Erkrankung, auch im Falle 1 begann sie schon ein Jahr nach Krankheitsbeginn, während bei allen anderen Kranken eine allmähliche Entstehung in Frage kommt.

In den Fällen 1, 3, 4, 6 und 7 fand sich ein mehr oder weniger hochgradiges akinetisch-hypertonisches Syndrom. Im Falle 2 bestand eine ausgeprägte Bradyphrenie ohne Rigidität und Fall 5 war vollkommen unbehindert.

Auch psychotische Störungen wiesen einige Patienten auf. Fall 1 bekam von Zeit zu Zeit Depressionszustände mit Suicidgedanken. Selbstmordideen und -versuche waren auch im Falle 5 vorhanden. Im Falle 4 bestanden neben Depressionen auch Halluzinationen. Diese Halluzinationen traten, nachdem sie schon vorher mehrfach beobachtet worden waren, bei dieser Kranken auch wieder während der Atropinkur auf. Da durch hohe Atropingaben Halluzinationen ausgelöst werden können, käme dies auch hier in Frage; wir glauben es jedoch ausschließen zu können, da die Halluzinationen sich durchaus im Rahmen der schon früher bei der Patientin beobachteten bewegten.

Die Fettansammlungen waren verschiedener Art. Bei einigen Kranken entsprach die Lokalisation derjenigen bei endokriner Fettsucht rein endokriner Genese, bei anderen waren die Fettmassen wiederum gleichmäßig über den ganzen Körper verteilt auch die Stärke der Adipositas war nicht gleichmäßig. Das Gewicht überstieg die zur Größe gehörigen Normalgewichte um 7 bis 24 kg.

Auch die Beeinflußbarkeit dieser Fettmassen durch Medikamente ist verschiedenartig. Während einige Fälle jeder Behandlung trotzten, reagierten andere gut auf Schilddrüsenpräparate. Bei Fall 4 ging das Gewicht in den Depressionsstadien schon spontan etwas herunter und wurde während der mehrere Monate dauernden Atropinkur fast ganz normal. Beobachtungen über die Verschiedenheiten in

Digitized by Google

bezug auf die Beeinflußbarkeit sind auch anderweit in der Literatur niedergelegt. M. *Meyer* sah Besserung nach Präphysoninjektionen, *Lang* und *Gruszecka* sahen leichte Besserung bei Pituitrin-Thyreoideabehandlung. Dagegen beobachtete *Roger* keinen Erfolg mit Hypophysininjektionen, auch *Santangelo* u. a. Autoren sahen bei Organtherapie keine Beeinflussung der Adipositas.

Zunächst wurden als Ursache der Adipositas Veränderungen oder Sekretionsstörungen der Hypophyse angenommen (*Livet, Nobécourt, Roger* u. a. m.). *Santangelo* nimmt für die Fälle hypophysäre Schädigung an, bei denen die Adipositas direkt nach der akuten Erkrankung auftritt und durch Organtherapie beeinflußbar ist. Daß Schädigungen der Hypophyse vorkommen, wird durch den Fall von *Costobadie* erhellt, der eine frische Blutung in die erheblich vergrößerte Hypophyse fand. *Stevenin* und *Ferraro* ziehen neben der Hypophyse auch Schädigung der vegetativen Zentren um den dritten Ventrikel in Betracht. An neuro-hypophysären Ursprung denkt *Cozzolino* bei seinem Fall. Herde im Hypothalamus nehmen *Manjkivskij* und *Černi* sowie *Chiray* und *Lafourcade* an.

Für Schädigungen von vegetativen Zentren spricht sich *Santangelo* für die Fälle aus, die eine anhaltende, der Organtherapie trotzende Fettsucht aufweisen. An eine Unterbrechung des Hormonabflusses durch Hydrocephalus denken *Fendel* und ebenfalls *Santangelo* bei manchen Kranken. *Runge* führt seinen Fall auf Schädigung von Sympathikuszentren im Mittelhirn zurück. Für allgemeine zerebrale Schädigung sprechen sich auch *Walsh* und *Goering* aus; letztere nimmt ein Zentrum für das Fettgewebe im Zwischenhirn an. *Stern* sagt: »Es besteht wohl kein Zweifel, daß die genannten klinischen Erscheinungen im wesentlichen durch Folgen degenerativer Veränderungen des Tuber cinereum am Boden des dritten Ventrikels bedingt sind. Wenigstens sind entzündliche und Narbenerscheinungen hier erheblich häufiger als in der Hypophyse selbst.« (Monographie, Seite 105).

Auch für unsere Fälle wird man Störungen im Stoffwechselzentrum annehmen müssen, die auf Narben und degenerative Veränderungen zurückzuführen sind.

2. Wachstumsstörungen im Sinne eines allgemeinen Infantilismus.

Während Störungen des Fetthaushaltes öfter zur Beobachtung kommen, sind diejenigen Fälle selten, in denen sich ein allgemeiner Infantilismus entwickelt. Wohl gibt es auch zahlreiche Enzephalitiker mit »infantil-asthenischem Körperbau« (*Stern*). Unter unserem Material haben wir sechs derartige Fälle beobachtet, d. i. 4%, jedoch sind diese Störungen nicht so hochgradig, daß man sie als Infantilismus bezeichnen kann. Bei einigen finden wir erbliche Einflüsse, daher

Digitized by Google

ist die Enzephalitis allein wahrscheinlich nicht für die Wachstumshemmung verantwortlich zu machen. Auch kann man die Ansicht von *Stern* nicht ohne weiteres zurückweisen, wenn er sagt: »Infantilistisch gebliebene Individuen erkranken vielleicht etwas leichter an Enzephalitis als nicht infantil gebliebene.«

Hier soll ein Fall mitgeteilt werden, bei dem die Wachstumsstörungen sehr auffällig sind und neben der körperlichen auch die psychische Entwicklung betreffen.

Fall 8. Arno G., geboren 1913 [1]). Keine erbliche Belastung. Entwicklung vor der Erkrankung normal. Akute Erkrankung 1920, Pat. fieberte hoch, »war wie gelähmt«; Schlaflosigkeit nachts, schlief jedoch auch bei Tage nicht. War 1/2 Jahr bettlägerig. Lief danach leidlich, es stellte sich jedoch allmählich Steifigkeit ein.

Bei der Aufnahme in hiesige Enzephalitiker-Abteilung im April 1925 bietet der Junge schon ein vollausgebildetes Parkinsonbild; er reagiert gut auf Skopolamin, das er schon damals 2 Jahre erhielt. G. ist von diesem Medikament so abhängig, daß beim Versuch, dasselbe fortzulassen, der Rigor so hochgradig wird, daß die Extremitäten sich kaum passiv bewegen lassen und der Körper an den Füßen gestreckt hochgehoben werden kann. Außerdem trat auch starkes Erbrechen auf. Bei einer Größe von 124,5 cm wiegt Pat. 20,5 kg. Kopfmaße: Umfang 48 cm, Längsdurchmesser 16,5 cm, Querdurchmesser 14,1 cm. Haut zart, Hände und Füße fühlen sich kalt an und sind zyanotisch verfärbt. Thorax schmal, leichte Kyphose der Brustwirbelsäule. Maskengesicht, offener Mund, Speichelfluß, fibrilläre Zuckungen in der Zunge. Beim Sitzen sinkt der Junge ganz allmählich nach rechts hinüber, aber auch beim Stehen ist der Körper nach rechts geneigt. Pat. geht mit gebeugten Knien, den linken Fuß in Spitz- und Klumpfußstellung haltend. Kann aber auf Aufforderung noch die Knie durchdrücken und links mit der ganzen Sohle auftreten. Starke Retro-, geringe Propulsion. Sprache verwaschen. Es besteht ein Strab. div. links. Pupillen reagieren prompt, aber nicht sehr ausgiebig auf Licht, auch besteht eine Konvergenzschwäche. Patellarreflexe sind beiderseits sehr lebhaft, ebenso die Bauchreflexe, sonstige Reflexe normal. Babinski und Oppenheim negativ. Pat. ist schwerhörig. Schilddrüse fühlbar. Genitalentwicklung entspricht derjenigen eines 6—7jährigen Knaben. Der Junge weist einen erheblichen Intelligenzrückstand auf. Blu-WaR. negativ. Blutbefund: Leuk. 7800, Erythrozyt. 5093000, Hb. 98%. Eos. 6 5/6%, Segm. 41 5/6%, Stabk. 2 1/2%, Mon. 2 1/3%, Lymph. 44 1/2%, Path. Myeloblast. 1 1/6%, Myeloblast. 1/2%, Mastzellen 1/3%.

In den folgenden Jahren wird der Rigor immer stärker, so daß der Pat. in der letzten Zeit ziemlich hilflos ist. Er kleidete sich nicht mehr selbst an und ging nur wenige Schritte. Klagte zeitweise über Leibschmerzen und mangelnden Appetit. Vorübergehend zeigten sich Hyperpnoen, die jedoch bald wieder schwanden. Auch setzten wieder Schlafperioden ein, während solcher Zeiten schlief er außer nachts auch noch mehrere Stunden am Tage, und zwar so fest, daß kein Geräusch ihn erwecken konnte. Dann kamen auch wieder Zeiten, in denen er spät einschlief. Der Schlaf war dann ziemlich unruhig.

[1]) Vergleiche Fall 6 von *Lange* und *Schneider*, Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1932, Heft 1.

Digitized by Google

Er träumt viel, quiekt und spricht im Schlaf. In der ersten Zeit seines Hierseins war er sehr unzufrieden, mochte nichts selbst machen und nur bedient werden. Suchte oft durch Vortäuschen einer Verschlechterung größere Skopolamingaben zu erzwingen. Schon bei der Zuführung ist ein Intelligenzstillstand eingetreten, in der Schule machte er hier keine Fortschritte. Mit Vorliebe singt er während der Visite seine voigtländischen Lieder vor, die er in den ersten Schuljahren gelernt hat.

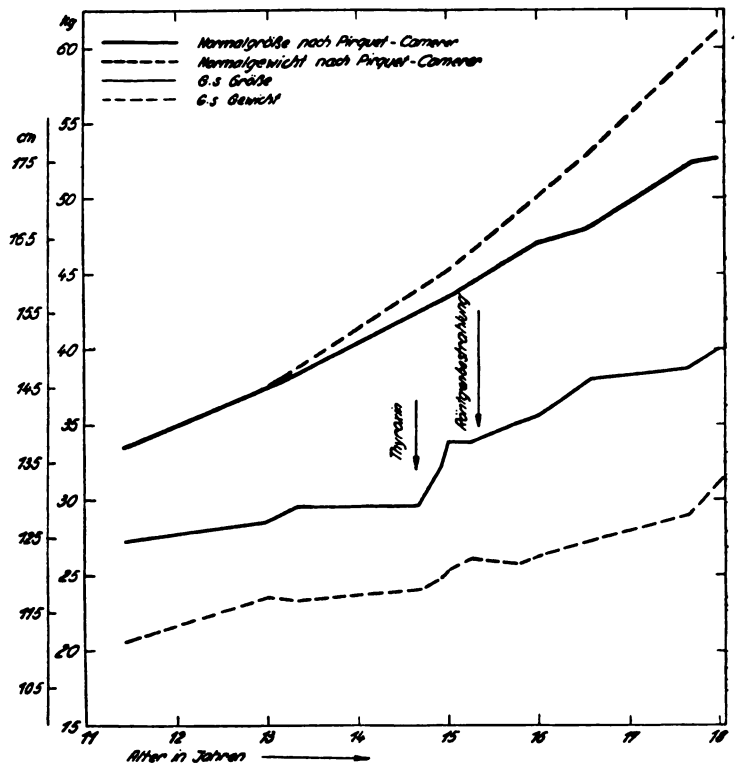
Aolan, Natrium salicylicum intravenös und Arsen bleiben ohne Einfluß auf das Krankheitsbild. Auch Harmin, das er in den letzten Jahren erhielt, war sowohl innerlich, als auch subkutan ohne jede besondere Wirkung. Die Wirkung des Skopolamins zeigte sich besonders in diesem Fall derjenigen des Harmins weit überlegen. Eine bessere Wirkung als mit Harmin allein wurde später erzielt, als Pat. Harmin und Datura Stramonii erhielt. Die günstigere Wirkung muß man hier jedoch dem letzteren Medikament und nicht dem Harmin zuschreiben. Dies erwies sich auch, als das Harmin fortgelassen wurde und Pat. Dat. Stram. allein weiter bekam mit derselben guten Wirkung auf dem Rigor. Pat. ging auch wieder und konnte längere Zeit außer Bett sein. Als er statt Dat. Stram. große Dosen Atropin erhielt, wurde der Erfolg ein noch besserer. Da inzwischen sich jedoch beiderseits ein hochgradiger Spitz-Klumpfuß herausgebildet hatte, war Gehen nur auf eine kurze Strecke möglich. Er trippelte mit kleinen Schritten, leicht gebeugten Knien 50—100 m weit. Während das Essen vor den hohen Atropingaben ihm große Schwierigkeit bereitet hatte, aß er jetzt allein. Auch psychisch war er wieder lebhafter, wobei die großen Ausfälle auf intellektuellem Gebiet besonders deutlich hervortraten.

Entlassungsbefund im November 1931. Pat. ist mit 18 Jahren 150 cm groß und 31,2 kg schwer. Kopfumfang beträgt 51 cm, der Längsdurchmesser des Schädels 17 cm, der Querdurchmesser 14 cm. Brustumfang 68/70 cm. Hochgradiges Maskengesicht, Bäckerkaries der oberen mittleren Schneidezähne. Hochgradige Rigidität der gesamten Körpermuskulatur. Beim passiven Bewegen ist in den Kniegelenken starkes Knirschen bemerkbar. Zyanose der Hände und Füße erheblichen Grades. Die Füße sind beiderseits in Spitz-Klumpfußstellung. Schlucken geht gut, das Kauen jedoch sehr mühsam vor sich.

Die Muskulatur ist in hohem Maße atrophisch. So beträgt der Oberschenkelumfang 20 cm oberhalb des Kniegelenkspaltes rechts 31 cm, links 32 3/4 cm, der Unterschenkelumfang 10 cm unterhalb des Knies rechts 20 cm und links 22 cm; die Mitte des Oberarms weist beiderseits einen Umfang von 19 cm auf. Der Kopf zeigt fixierte Torsionshaltung nach rechts, auch besteht eine leichte Kyphoskoliose. Im Sitzen sinkt Pat. langsam, aber stetig nach rechts hinüber; außerdem ist Pro- und Lateropulsion nach rechts vorhanden. Patellarreflexe gesteigert, ebenso Radial- und Bizepsreflexe; die übrigen Reflexe sind normal. Babinski ist links angedeutet. Augen: Strab. div. links, verminderter Lidschlag, erweiterte Lidspalte links. Blinzelzeichen, sakkadierte Augenbewegung. Beide Pupillen sind verzogen, Pupillenreaktion auf Licht und Konvergenz gering. Seit Atropingabe keine Augenkrämpfe. Sprache undeutlich, nach wenig Worten kommt eine längere Pause. Die Stimme ist hoch. Thyreoidea ist wohl fühlbar, doch ist sie sehr klein. Penis normal entwickelt. Hoden beide eichelgroß. Schambehaarung dicht. Beide Leistenkanäle geschlossen. Geringe Achselbehaarung. Keine Spur von Bartwuchs.

Digitized by Google

Besonderes Interesse erwecken bei diesem Patienten jedoch die Wachstumsverhältnisse. Nachfolgende Darstellung gibt über sie Aufschluß.



Wachstumskurve.

Als der Knabe mit 11½ Jahren zu uns kam, entsprach seine Größe einem 8 bis 9jährigen, er hatte aber nur das Gewicht eines 6jährigen. Durch Organpräparate (Hormogland und Thyreoidin) wurde das Wachstum zunächst nicht beeinflußt, erst als Thyroxin subkutan und per os gegeben wurde, wurde es angeregt. Ein weiteres Steigen der Wachstumskurve fand durch die Röntgenbestrahlungen, die nach den *von Wieser*schen Angaben ausgeführt wurden, statt. Die Gewichtszunahme hielt mit der Größenzunahme jedoch nicht gleichen Schritt. Eine auffällige Entwicklung machte jedoch das Genitale während der Bestrahlungszeit, die 11 Monate dauerte, durch. Während vorher keine Schambehaarung vorhanden und der Penis sehr klein war, wuchs letzterer in diesem Jahre erheblich und

Digitized by Google

es bildete sich eine dichte Schambehaarung aus. Die Hoden waren auch etwas gewachsen, doch kamen sie nicht erheblich über die Größe einer Eichel hinaus.

Überblicken wir noch einmal das Krankheitsbild, so finden wir einen jetzt 18jährigen Jungen, bei dem neben einem hochgradigen Parkinsonismus ein körperlicher und psychischer Infantilismus besteht. Ein Hypogenitalismus ist nachweisbar, und auch ein Hypothyreoidismus ist wahrscheinlich. Durch Organtherapie und vor allem durch den Einfluß von Röntgenstrahlen ist das Wachstum noch einmal angeregt worden, doch sind die Größen- und vor allem die Gewichtsverhältnisse erheblich hinter dem Normalen zurückgeblieben. Die geistige Entwicklung ist auf der Stufe eines 7- bis 8jährigen stehen geblieben.

Dem ganzen Krankheitsbild nach glaube ich, G. als pluriglanduläre Störung ansprechen zu dürfen. Ein ähnliches Syndrom hat *Siegheim* bei einem 19jährigen Jungen gesehen. Auch bei dem *Siegheim*schen Fall bestand eine Amyostase und ein starkes Zurückbleiben des Wachstums. Noch einige andere Symptome hat unser Fall mit dem *Siegheim*schen gemeinsam, so daß langsame Hingleiten nach einer Seite, hier nach der rechten, bei *Siegheim* nach der linken. Auch besteht bei beiden Kranken eine erhebliche Unterentwicklung der Muskulatur. Eine Anämie wie bei *Siegheim* ist nicht vorhanden, wohl aber besteht eine Eosinophilie, die wir bei einem erheblichen Teil unserer Kranken gefunden haben. Würmer als Ursache konnten ausgeschlossen werden.

Die Ursache dieser Wachstumsstörung wird man in einer Schädigung der dem endokrinen System übergeordneten vegetativen Zentren zu suchen haben.

3. Halbseitige Wachstumsstörungen.

Das Vorkommen eines halbseitigen Parkinsonismus ist nicht so selten, wie es zunächst angenommen wurde. Bei unserem Material sahen wir unter den Kranken mit dem akinetisch-hypertonischem Symptomkomplex etwa $^1/_7$, die halbseitig befallen waren. Nicht alle von diesen halbseitig Befallenen weisen nun aber eine stärkere Wachstumsstörung auf. Eine Wachstumsstörung wird man im allgemeinen bei denjenigen ausschließen können, die jenseits der Wachstumsperiode erkrankt sind. Bei diesen Kranken bildet sich allmählich eine Inaktivitätsatrophie aus, die wohl einen Dickenunterschied in der Muskulatur bedingt, aber Längenunterschiede in den Extremitäten wird man dort nicht finden. Aber auch bei denjenigen Kranken, die in der Wachstumsperiode eine akute Enzephalitis durchmachen, die ins chronische Stadium übergeht, und bei denen sich ein halbseitiger Parkinsonismus ausbildet, entsteht nicht immer eine ausgesprochene, meßbare Wachstumsstörung.

Digitized by Google

Von unseren 12 Patienten, die als Kinder erkrankten und bei denen sich ein einseitiger Parkinsonismus einstellte, weisen 4 eine ausgesprochene Störung auch des Längenwachstums der betroffenen Extremitäten auf; bei 5 Patienten fand sich wohl eine starke Atrophie der Muskulatur, aber kein wesentlicher Längenunterschied in den Extremitäten, und bei den 3 Restfällen ist auch keine gröbere Inaktivitätsatrophie vorhanden, trotzdem das Krankheitsbild schon mehrere Jahre besteht, eine ausgesprochene Hypertonie zeigt, und bei diesen drei Kranken das Bein der betroffenen Seite erheblich geschleppt und der Arm weniger gebraucht wird.

Da hier nur die vier Kranken interessieren, die auch eine Störung des Längenwachstums aufweisen, sollen die Krankengeschichten kurz wiedergegeben werden.

Fall 9. Arno O., geboren 1911. Mutter an Nierenentzündung gestorben, sonst keine erbliche Belastung. Akute Erkrankung 1922. Seither sind die rechten Extremitäten im Wachstum zurückgeblieben. Seit 1928 Speichelfluß.

April 1928 Aufnahme in die hiesige Enzephalitiker-Abteilung. War immer ruhig und fügte sich gut in die Abteilung ein. Wegen der schweren rechtsseitigen Behinderung zum Arbeiten wenig brauchbar. Mit 18 Jahren ist er 175,5 cm groß und wiegt 58,7 kg. Maskengesicht. Nur in den rechten Extremitäten besteht ausgesprochene Hypertonie, auch ist bei Bewegungen rechts Zahnradgefühl vorhanden. Die rechte Hand ist stark dorsalflektiert, die Finger sind gestreckt, die Hand im Metacarpal-Phalangeal-Gelenk gebeugt; der Daumen ist hart gegen die Finger gepreßt. Der rechte Arm ist rechtwinklig gebeugt, wird an den Oberkörper gedrückt und weist feinschlägigen Tremor auf. Das rechte Bein ist 2 cm kürzer als das linke. Der rechte Oberschenkel 4 cm und der rechte Unterschenkel $3^1/_2$ cm dünner als links. Der Umfang der rechten Hand ist $3^1/_2$ cm weniger als links und der des rechten Fußes $1^1/_2$ cm weniger als links. Die Maßunterschiede zwischen dem rechten und linken Oberarm betragen $4^1/_2$ cm und zwischen dem rechten und linken Unterarm 4 cm. Im Gesicht ist keine gröbere Atrophie wahrnehmbar, jedoch besteht leichte Fazialisparese rechts. O. knickt beim Gehen mit dem rechten Knie ein und macht dasselbe mit dem linken Beine kompensatorisch nach. Augenbefund: Rechter Lidspalt größer als linker, Strab. div. links, Pupillen reagieren prompt auf Licht. Bei Konvergenz ist die Reaktion jedoch nur sehr gering. Ferner besteht sakkadierte Augenbewegung. Patellar- und Achillesreflexe rechts nicht auslösbar, links herabgesetzt. Sprache ist leise, undeutlich und verwaschen. Blut-WaR. negativ.

Fall 10. Günther B., geboren 1915. Mutters Mutter war sehr nervös, litt sehr viel an Kopfschmerzen und war längere Zeit in einem Nervensanatorium. Schwester der Mutter ist geisteskrank. Erkrankung 1920 mit Fieber, Unruhe und Veitstanz. Dann 7 Wochen Schlafsucht mit anschließender Schlaflosigkeit. Danach wurde der Junge zänkisch, ungehorsam, neigte zu Zornausbrüchen, Diebstählen und Tierquälereien. Allmählich stellte sich ein rechtsseitiger Parkinsonismus und lallende Sprache ein.

Kam mit $14^1/_2$ Jahren in hiesige Abteilung. Größe 148 cm, Gewicht 34,7 kg. Maskengesicht, linke Gesichtshälfte kleiner als rechte. Es besteht

Digitized by Google

eine linksseitige Hypotonie und eine rechtsseitige Hypertonie, mit Kontrakturstellung und Tremor im rechten Arm. Kniereflexe beiderseits gesteigert, rechter Achillesreflex nicht auslösbar. Sohlenreflexe beiderseits herabgesetzt. Rechtes Bein 4,3 cm kürzer als linkes, rechter Arm 6 cm kürzer als linker. Rechter Oberschenkel 1 cm und rechter Unterschenkel 1,4 cm dünner als die entsprechenden Umfänge links. Der Handumfang ist rechts 1,5 cm geringer als links. Keine Augenstörung.

Fall 11. Klara Oe., geboren 1912 [1]). Vaters Schwester während der Menstruation »immer von Verstand gewesen«, mit 22 Jahren Suizid. Mutters Mutter geisteskrank, war 20 Jahre in einer Anstalt. Klara ist das dritte von sechs Kindern, davon sind die ersten beiden an Brechdurchfall und Diphtherie gestorben. Die letzten drei Kinder haben an Krämpfen gelitten, zwei davon sind daran gestorben und nur das jüngste Kind lebt, soll jetzt keine Krämpfe haben. Klara hat sich bis zum 8. Lebensjahre gut entwickelt, Ostern 1920 Fieber, Doppelsehen, Unruhe, 1/4 Jahr lang Schlaflosigkeit, dann allmählich Besserung. Das linke Bein schleppte sie gleich nach der Erkrankung. Während sie vorher gut in der Schule fortgekommen war, blieb sie nachher in den Leistungen erheblich zurück. Seit 1924 zunehmende Schwäche und Starre der linken Extremitäten, auch hat sich ein allmählich stärkerwerdender Tremor eingestellt. Nach der akuten Erkrankung zeigte sich bei ihr auch eine Charakterveränderung. Ein Sprachfehler bestand schon vor der Enzephalitis, die Sprache ist jedoch nach der Erkrankung erheblich undeutlicher geworden.

Schon bei der Aufnahme in hiesige Enzephalitiker-Abteilung im Mai 1926 wies Pat. einen hochgradigen linksseitigen Parkinsonismus auf. Es bestand Maskengesicht, mäßiger Speichelfluß, offener Mund und Bäckerkaries [2]) von drei oberen Schneidezähnen. Kyphose der Brustwirbelsäule. Starke Hypertonie in den linken Extremitäten, am stärksten im Arm. Der linke Fuß steht in Spitzfußstellung. In den rechten Extremitäten ist der Tonus auffallend gering.

Geht mit gebeugtem linken Knie, den linken Arm hart an den Oberkörper gepreßt. Augen: seltener Lidschlag, linke Pupille größer als rechte, Reaktion auf Licht und Konvergenz normal. Keine Reflexstörung. Blut-WaR. negativ. Schon bei der Aufnahme fiel auf, daß die linke Hand deutlich kleiner war als die rechte.

Pat. war in der ersten Zeit in der hiesigen Abteilung sehr liederlich in der Kleidung, reizbar, weinerlich und zu Widerspruch geneigt. Allmählich besserte sich das Betragen beträchtlich, nur als 1928 die Menarche eintrat, war sie seit dieser Zeit während der Menstruation wieder reizbarer und unverträglicher.

Injektionen von Pregllösung und eine Malariakur blieben ohne Erfolg. Der halbseitige Parkinsonismus wurde trotz intensiver aktiver und passiver

---

[1]) Vergleiche Fall 11 von *Kürbitz* und *Lange*, Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1929, Heft 6.

[2]) Von den 12 Patienten in dieser Arbeit zeigen 4 Bäckerkaries. Auf die Bedeutung der Bäckerkaries habe ich schon früher hingewiesen. Doch wird man trophische Einflüsse stärker hervorheben müssen, als ich es bisher getan habe. (Vgl. *Lange*, Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1928, Heft 50, und *Kürbitz* und *Lange*, Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1929, Heft 6.)

Digitized by Google

Bewegungsübungen stärker, ebenso hat der Tremor zugenommen; Pat. geht jetzt am Stock.

Zurzeit besteht eine hochgradige Kyphoskoliose und ein ausgesprochener Spitz-Klumpfuß links. Ein operativer Eingriff zur Beseitigung desselben wurde von den Eltern abgelehnt. Das linke Bein ist 2½ cm kürzer als das rechte, der linke Oberschenkel 7 cm, der linke Unterschenkel 6,7 cm und das linke Kniegelenk 1 cm dünner als die entsprechenden Stellen der gesunden Seite. Erheblich kleiner ist auch die linke Hand, sie wird jedoch so verkrampft gehalten, daß genaue Maße nicht genommen werden können. Auch die Augenstörungen sind stärker geworden. Es besteht jetzt seltener Lidschlag, Ptosis links, sakkadierte Augenbewegung, Konvergenzstörung rechts, Akkomodationsstörung; die Reaktion der linken Pupille auf Licht ist sehr gering, jedoch auch bei der rechten ist sie herabgesetzt; rechte Pupille größer als linke; beide Pupillen verzogen. Linke Gesichtshälfte ist atrophisch, die Sprache kaum verständlich.

Fall 12. Marie M., geboren 1913. Mutters Vater Trinker und Psychopath. Mutters Bruder und Mutter debil. Einziges Kind. Februar 1920 fieberte Marie 8 Tage, fürchtete sich vor Hühnern, war nachts sehr aufgeregt und bei Tage müde. Nach einigen Wochen Besserung, schlief aber dann noch oft in der Schule ein. Kommt seither leicht in Streit und schlägt schnell zu. Nach der Erkrankung langsam zunehmende linksseitige Starre und Sprachstörung.

Aufnahme in die hiesige Abteilung im November 1926. Erweist sich hier als faul, liederlich, geschwätzig, klatschsüchtig und neugierig. Auch zeigt Pat. einen ziemlich großen Intelligenzrückstand. Schon 1926 besteht ein hochgradiger linksseitiger Parkinsonismus. Im Laufe der Jahre ist derselbe noch stärker geworden und die linken Extremitäten sind im Wachstum erheblich gegenüber der rechten Seite zurückgeblieben. Blut-WaR. negativ.

Mit 18 Jahren ist Pat. ziemlich zart, sonst jedoch gut entwickelt. Es besteht Maskengesicht. Rechte Gesichtshälfte ist erheblich kleiner als linke. Leichte Fazialisparese rechts. Gebiß weist zahlreiche Lücken auf. Augen: verminderter Lidschlag, beiderseits Ptosis, Blinzelzeichen, sakkadierte Augenbewegung, Strab. div. rechts. Pupille rechts größer als links, beide Pupillen verzogen, rechts Pupillenreaktion auf Licht gering, Nystagmus horizontalis. Bei den Blickkrämpfen, die nicht sehr häufig sind, weichen die Augen nach rechts oben ab. Die linken Extremitäten weisen eine hochgradige Hypertonie und einen starken Tremor auf. Beim Stehen ist das Becken schief gestellt. Beim Gehen tritt Pat. links nur mit der Fußspitze auf. Es hat sich links allmählich ein Spitzfuß herausgebildet. Der Fuß wird beim Gehen nur wenig benutzt, Pat. hüpft sehr oft mit dem rechten Bein zweimal zu und setzt dazwischen den linken Fuß nur ganz leicht auf. Der linke Arm wird beim Gehen kaum mitbewegt. Die linke Schulter hängt. Es ist infolgedessen eine Skoliose und ein ziemlich starker Rundrücken entstanden. Das linke Bein ist um 1 cm verkürzt. Der Umfang des linken Oberschenkels beträgt 2½ cm und der des linken Unterschenkels 3 cm weniger als rechts. Röntgenologisch kann die Atrophie der linken Extremitätenknochen auch nachgewiesen werden, und zwar ist dieselbe an der oberen Extremität stärker als an der unteren. Am auffälligsten sind die Größenunterschiede an den Mittelhand- und dem Fingerknochen. Kniereflexe sind beiderseits stark gesteigert, ebenso der Trizepsreflex links, sonst Reflexe o. B. Es besteht eine Retropulsion mäßigen Grades.

Digitized by Google

Beim Sitzen schwankt die Pat. vor- und rückwärts. Sprache undeutlich, tonlos, leise.

Von den vier Patienten erkrankten drei 1920 und einer 1922. Bei zweien besteht eine Hemiatrophia cruciata, einmal rechte Körper- und linke Gesichtshälfte und das andere Mal umgekehrt, während bei den beiden anderen Kranken die gleichen Körper- und Gesichtshälften befallen sind, doch fällt bei diesen die Atrophie des Gesichts nicht so auf. Tremor bestand in allen Fällen. Ein Augenbefund wurde nur dreimal nachgewiesen (nicht im Fall 10). Eine Mydriasis an der befallenen Seite, wie *Stern* es öfter sah, war nur im Fall 11 und 12 vorhanden. Blickkrämpfe bestanden nur im Fall 12. Die Sprache war bei allen Kranken schwer gestört. Bei Fall 9, 11 und 12 fanden sich auch schwere skoliotische resp. kyphoskoliotische Veränderungen. Zahnschädigungen im Sinne der Bäckerkaries wies nur Fall 11 auf. Charakterveränderungen zeigten drei Kranke, bei diesen dreien war auch erbliche Belastung vorhanden. Die Intelligenz war bei 11 und 12 stärker gestört.

Bei den Erkrankungen mit halbseitigem Parkinsonismus wird man Schädigungen hauptsächlich in der Substantia nigra einer Seite zu erwarten haben.

Zusammenfassung.

In der Enzephalitiker-Abteilung der hiesigen Anstalt sind bei chronischen Fällen von Encephalitis epidemica folgende Arten von Wachstumsstörungen beobachtet worden:

1. sieben Kranke mit einer Adipositas, wovon zwei den Charakter einer Dystrophia adiposo-genitalis tragen;
2. ein Kranker mit einem allgemeinen Infantilismus;
3. vier Kranke mit einem halbseitigen Parkinsonismus und einer Wachstumshemmung an der betroffenen Seite; zwei davon zeigen den Typus einer Hemiatrophia cruciata.

Literatur.

1. *Chiray* et *Lafourcade*, Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1923; ref. Zbl. Neur. 33.
2. *Costobadie, L. P. de*, Lancet 1924; ref. Zbl. Neur. 40.
3. *Cozzolino, O.*, Pediatria Riv. 1929; ref. Zbl. Neur. 52.
4. *Ermakova, H.*, Psychoneurol. Festschr. f. A. Juščenko. 1928; ref. Zbl. Neur. 53.
5. *Fendel*, Dtsch. med. Wschr. 1921.
6. *Goering, Dora*, Zschr. f. d. ges. Konstitutionsl. 1922.
7. *Gruszecka, Anna*, Polska gazeta lekarska. 1928; ref. Zbl. Neur. 50.
8. *Ivanova-Christova, R.*, Jb. Univ. Sofia, Med. Fak. 1928; ref. Zbl. Neur. 53.
9. *Korst, L.*, Journ. f. Psych. u. Neurol. 1925, Bd. 32.
10. *Lang, Wilbert*, Journ. of nerv. a. ment. dis. 1928; ref. Zbl. Neur. 50.

Digitized by Google

11. *Livet, Louis,* Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1921; ref. Zbl. Neur.
12. *Manjkivskij, B.* und *L. Černi,* Ukrainski medični visti, 1925; ref. Zbl. Neur. 46.
13. *Meyer, M.,* Klin. Wschr. 1924.
14. *Nobécourt,* Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris 1921; ref. Zbl. Neur.
15. *Roger, Henri* et *L. Montagnier,* Marseille méd. 1922; ref. Zbl. Neur.
16. *Runge,* Ver. Norddtsch. Psych. u. Nervenärzte u. Ges. d. Neur. u. Psych. Groß-Hamburgs 1923; Zbl. Neur. 34.
17. *Santangelo, Giuseppe,* Cervello, 1923; ref. Zbl. Neur. 34.
18. *Siegheim, Friedrich,* Berliner Gesellsch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. Sitzung v. 9. 1. 1928; Zbl. Neur. 49.
19. *Stern, Felix,* Die epidemische Enzephalitis. Monographie. 1928.
20. *Stevenin, Henri* e *Ferraro,* Rif. med. 1924; ref. Zbl. Neur. 37.
21. *Walsh, Thomas,* Journ. of the Americ. med. assoc. 1926, Bd. 87; ref. Zbl. Neur. 45.
22. *Wieser, W. v.,* Röntgentherapie des Schwachsinns bei Kindern. 1928.

Digitized by Google

(Aus der Landeserziehungsanstalt Chemnitz-Altendorf. Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *Kürbitz*.)

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei chronischer Encephalitis epidemica.

Von

Frieda Lange-Malkwitz und **Wilhelm Lange.**

Kapillarmikroskopische Untersuchungen bei chronischer Encephalitis epidemica sind bisher nur vereinzelt angestellt worden. Nur in Arbeiten über Kapillarbilder bei Schwachsinnigen oder Geisteskranken finden wir Hinweise auf die Encephalitis epidemica. Auch *Hoepfner* und *Jaensch* berichten nur von vereinzelten Fällen; *Stern* schreibt auch in seinen neueren Arbeiten über Encephalitis epidemica nichts über deren Kapillarbilder.

Es ist durchaus verständlich, daß die Encephalitis epidemica in den bisherigen kapillarmikroskopischen Arbeiten so wenig Beachtung fand, da diese fast ausschließlich sich mit der morphologischen und morphogenetischen Deutung von Kapillarbildern beschäftigen. In dieser Hinsicht sind aber bei der Encephalitis epidemica keine besonderen Befunde zu erwarten, da sie in der Regel Individuen befällt, deren Kapillarentwicklung bereits abgeschlossen ist. So deutet *Kahle*, der bei sieben Metencephalitikern abnorm lange Kapillaren fand, diese Bilder als sekundäre Schädigung des ganzen Körpers, also auch aller Kapillaren durch Herderkrankungen im Gehirn. *Schnidtmann* betont nach Untersuchung von 24 Gehirngrippekranken, daß konstitutionelle Momente bei ihnen keine Rolle spielen. *Delbrück* deutet den Befund von ausschließlich Archikapillaren bei sieben Charakterveränderten dahin, daß kapillargehemmte Kinder möglicherweise zu bestimmten Krankheiten disponieren; *Pototzky* schließt sich dem an.

Betrachtet man das Kapillarbild der Enzephalitiker aber mehr vom klinischen Standpunkt, etwa im Sinne der Untersuchungen von *Otfried Müller* und *Parrisius*, so gewährt es uns genauere Einblicke in das Gebiet der Vasoneurose, und die hier beobachteten abnormen Verhältnisse reihen sich ein in die sonstigen durch Encephalitis epidemica hervorgerufenen vegetativen Störungen.

Im folgenden soll über kapillarmikroskopische Untersuchungen bei 73 Kranken mit chronischer Encephalitis epidemica berichtet werden. Untersucht wurden zunächst die Nagelfalzkapillaren mög-

Digitized by Google

lichst aller Finger beider Hände. Bestanden schon äußerlich sichtbar starke vasoneurotische Erscheinungen oder auffallende Differenzen zwischen dem Parkinsonismus der rechten und der linken Seite, so wurden auch andere Hautpartien: Wange, Brust, Bauch, Rücken, Hand- und Fußrücken kapillarmikroskopiert. Es sei schon hier vorweg genommen, daß die Nagelfalzkapillaren den genauesten Einblick in die vasoneurotischen Störungen gewährten, daß aber andererseits bei einseitiger Amyostase diese Anomalien auch kapillarmikroskopisch zu verfolgen waren, und zwar an den Extremitäten deutlicher als an Rumpf und Kopf.

Von den 73 männlichen und weiblichen Kranken mit Encephalitis epidemica standen im Alter von 1—6 Jahren 2 (einer 5, einer 6 Jahre), von 6—14 Jahren 12, von 14—20 Jahren 40, von über 20 Jahren 19. 42 Kranke litten an Parkinsonismus, 3 an Torsionsdystonie ohne Parkinsonismus, 28 an Charakterveränderungen. Bei 3 von dieser letzten Gruppe hat sich im Laufe der letzten 2 Jahre noch ein Parkinsonismus nachträglich entwickelt.

Über die Art der bei Encephalitis beobachteten Kapillarbilder gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Tabelle I.

	I	II	III	IV Kapillarhemmung			
	Neokapillaren	Neokap. Bild m. Neoprod.-formen	Hypoplast. Neokap.	Kapillar-infant.	Archi-Neo-Heteronomie	Neokorrig. Archikap.	Hypoplastische Arcniproduktivformen
Parkinsonismus	19	16	3	1	2	—	1
Charakterveränderung	11	11	2	—	1	2	1
Torsionsdystonie ohne Parkinsonismus ..	—	2	—	—	—	1	—
Gesamtzahl .	30	29	5	1	3	3	2

Bezüglich ihres Lebensalters verteilen sich die einzelnen Kapillarbilder wie folgt:

Tabelle II.

Alter z. Z. der Untersuchung	I Neokapillaren	II Neokap. Bild m. Neoproduktivformen	III Hypoplastische Neokapillaren	IV Kapillarhemmung
1—6 Jahre	—	—	—	2
6—14 Jahre	6	2	—	4
14—20 Jahre	19	14	4	3
über 20 Jahre	5	13	1	—

Digitized by Google

Beachtet man den Zeitpunkt der Erkrankung, so ergibt sich folgende Übersicht:

Tabelle III.

Alter z. Z. der Erkrankung	I Neokapillaren	II Neokap. Bild m. Neoproduktivformen	III Hypoplastische Neokapillaren	IV Kapillarhemmung
Unter 3 Jahren ...	4	1	—	4
3.—6. Lebensjahr .	5	4	3	2
7.—14. Lebensjahr	20	16	1	3
15.—20. Lebensjahr	1	4	1	—
über 20 Jahre	—	4	—	—

Zusammenfassend läßt sich folgendes sagen: Wir beobachteten bei 9 von 73 Untersuchten = 12,3% Kapillarhemmung. Das entspricht durchaus dem Prozentsatz, den die verschiedensten Untersucher auch bei normalen Schülern und Jugendlichen nach einer Zusammenstellung von *Schnidtmann* beobachteten. 87,7% waren Neokapillarformen, davon 7,7% hypoplastische. Neoproduktivformen im neokapillaren Bild sahen wir in 39,7%, und zwar fast ausschließlich bei Kranken über 14 Jahren. *Hoepfner* schreibt in seinen 1931 erschienenen Arbeiten zum Kropfproblem (Seite 60), daß die Neoproduktivformen im Sinne eines späteren Einsetzens der Störungsursachen zu bewerten sind. Unsere Beobachtungen würden eine solche Deutung durchaus bestätigen. Bezüglich etwaiger Beziehungen zwischen Kapillarbild und Zeitpunkt der akuten Erkrankung ist hervorzuheben, daß wir Hemmungsbilder nur bei relativ früh von Enzephalitis befallenen Patienten sahen. Der am spätesten Erkrankte stand im 10. Lebensjahr. Den 4 Kapillargehemmten, deren Erkrankung vor Vollendung des 3. Lebensjahrs liegt, stehen 5 Früherkrankte mit Neokapillaren gegenüber. Immerhin ist der Prozentsatz von Kapillarhemmung bei den Früherkrankten ungleich viel höher als bei der Gesamtzahl. Der eine Fall von Kapillarinfantilismus war auch körperlich und geistig hochgradig infantil, er ist in der Arbeit »Wachstumsstörungen bei chronischer Encephalitis epidemica« im vorliegenden Heft eingehend besprochen worden (Fall 8, Arno G.). 4 weitere in ihrer äußeren Erscheinung stark Infantile wiesen normale Neokapillaren auf, waren also kapillarmikroskopisch nicht als minderwertig stigmatisiert. Wir sind uns bewußt, daß bei der Kleinheit des Materials alle Schlußfolgerungen nur sehr mit Vorbehalt zu ziehen sind und daß im großen und ganzen keine wichtigen Parallelen zwischen Enzephalitis und Kapillarmorphogenese und -morphologie aus unserem Material zu ziehen waren.

Es bleibt uns nun noch übrig auf die vasoneurotischen Erschei-

Digitized by Google

nungen näher einzugehen, die, wie zu erwarten, sowohl bei Neokapillarformen wie bei den Hemmungsbildern auftraten, und zwar 22mal bei Neokapillaren, 14mal Neoproduktivformen im neokapillären Bilde und 2mal bei Kapillarhemmung.

Bei der näheren Beschreibung der einschlägigen Beobachtung folgen wir in der Hauptsache der Einteilung von *Otfried Müller*.

1. Der spastisch-atonische Symptomenkomplex, d. h. das stets gleichzeitig und im selben Kapillarbilde zu beobachtende Auftreten von verengten und erweiterten Kapillaren. Er trat in leichten Fällen in sehr verschiedenem Füllungsgrad der einzelnen Kapillaren in Erscheinung. Im gleichen Bilde sahen wir haarfeine Schlingen neben plumpen, prall gefüllten. Daneben beobachteten wir Kapillarbilder mit verengtem arteriellen bei gleichzeitig mehr oder minder stark erweitertem venösen Schenkel. Diese erweiterten venösen Schenkel waren oft abnorm lang und bis in die Subpapillarschicht verfolgbar. In noch anderen Fällen war infolge atonischer Erweiterung das subpapiläre Rete in größerer oder kleinerer Ausdehnung sichtbar. Die darüber liegenden Kapillaren zeigten stark verengte Schlingen, ja auch innerhalb des Rete wurden Spasmen einerseits und erweiterte Partien andererseits beobachtet. Die Deutung dieser Kapillarbilder bereitete zunächst Schwierigkeiten. Wir glauben, morphogenetisch ein persistierendes Rete oder neokorrigierte Archikapillaren vor uns zu haben. Bei näherer Beobachtung sah man aber, daß sich das erweiterte Rete deutlich von den darüber liegenden Kapillaren abgrenzen ließ, und eine wiederholte Untersuchung desselben Falles gab dann endgültig Aufschluß. Das heute erweiterte Rete war bei einer späteren Beobachtung nur noch in Bruchstücken zu sehen, ja es kam vor, daß derselbe Patient ein andermal so hochgradige Spasmen aufwies, daß überhaupt nur noch haarfeine Schlingen an Stelle der Kapillaren zu sehen waren. Natürlich zeigten auch die einzelnen Finger Abweichungen bezüglich ihres spastisch-atonischen Kapillarbildes, doch konnte das zur Deutung nicht herangezogen werden, da auch morphologisch die Kapillarbilder der einzelnen Finger nur im Gesamtcharakter, nicht in Einzelheiten gleich sind.

2. Störungen im Strömungsverlauf. Sie zeigten sich einerseits in einem Teil der Fälle im starken Wechsel der Strömungsgeschwindigkeit. Bei Beobachtung derselben Kapillare ebbte eine jagende Strömung nach kurzer Zeit mehr und mehr ab und führte entweder zu Stase, bei der die Blutsäule erst nach geraumer Zeit wieder in Bewegung kam, oder zu völligem Leerlauf dieser Schlinge. Man mußte minutenlang abwarten, ehe diese Kapillare sich wieder füllte und ihr wechselreiches Spiel aller Strömungsgeschwindigkeiten wieder aufnahm. War Stase eingetreten, so beobachteten wir nicht selten eine Umkehr der Stromrichtung, wenn die Blutbewegung wieder in Gang kam.

Digitized by Google

Während die bisherige Abweichung im Strömungsverlauf in wesentlich leichterer Form auch bei Schwachsinnigen gelegentlich zu beobachten war, haben wir das nachfolgende Phänomen nur bei Enzephalitikern gesehen; u. W. beschreibt auch *Otfried Müller* keine ähnliche Beobachtung in seiner klinischen Kapillaroskopie. Ein Teil des Gesichtsfeldes läuft nämlich streifenweise leer, so daß einzelne Gefäße nicht mehr erkennbar sind, der Bezirk nur verschwommen hell erscheint. Dann füllen sich unter rascher Strömung wieder die Gefäße, die Strömung wird langsamer, es kommt zur Stase, und der ganze Kapillarabschnitt liegt prall gefüllt da, bis unter rasch zunehmender Strömungsgeschwindigkeit der Streifen wiederum leer läuft. Dieser Wechsel wird häufig nicht ganz bis zu Ende geführt; Füllung und Leerung wechseln rasch. In dieser hochgradigen Form sahen wir die Erscheinung nur zweimal bei mittelschwerem Parkinsonismus. Bei dem einen Kranken war der strichweise einsetzende Leerlauf nur an der einen Hand zu beobachten, obgleich der Parkinsonismus beide Seiten befallen hatte. Bei zwei weiteren mittelschweren Parkinsonfällen trat nur strichweiser Wechsel im Füllungszustand der Papillar- und Subpapillarschicht ein, ohne daß es zu völligem Leerlauf kam. Wir deuteten diese Beobachtung als spastisch-atonische Erscheinung größerer zusammengehöriger Kapillargebiete.

3. Eine dritte Erscheinungsform der Vasoneurose war die abnorme Durchlässigkeit der Gefäße. Blutaustritte sahen wir häufig. Daneben wurden hellere und dunklere glasige Streifen beobachtet, oft nur an den Umschlagfalten des Nagelfalzes, in anderen Fällen über das ganze Gesichtsfeld verteilt. Bei den auch schon äußerlich blauroten, dabei eiskalten Extremitäten schwerster Amyostase erschien das ganze Kapillarbild wie gefeldert, wobei die dunkleren Stellen häufig einen leicht bräunlichen Ton annahmen, was möglicherweise auf eine beginnende Blutzersetzung in den gestauten Gebieten hinweist. Wir glauben nicht fehlzugehen, wenn wir die Entstehung dieser glasigen Streifen auf feinsten Flüssigkeitsaustritt um die Gefäße zurückführen. Diese Transsudate sahen wir im allgemeinen nur bei schweren Amyostasen, die häufig schon äußerlich vasomotorische Störungen an den Extremitäten zeigten; doch wies auch ein Junge mit Charakterveränderung und Hyperpnoe starken Blutreichtum der Subpapillarschicht in Form von dunkelroten Streifen und Flecken auf, aber ohne daß ein glasiger Unterton auf Flüssigkeitsaustritt hingewiesen hätte; seine Hände waren blaß, mäßig warm.

Gelegentlich sahen wir auch das ganze Kapillarbild diffus glasig getrübt. Es waren dies Patienten, die zu abnormem oft einseitigem Schwitzen neigten. Während der Untersuchung waren die Hände nicht nachweisbar schweißig.

Digitized by Google

Otfried Müller beschreibt als weitere Erscheinungsform der Vasoneurose eine morphologische Änderung des Kapillarbildes in Form abnormer Schlängelung der einzelnen Gefäße. Seine Abbildungen zeigen nach *Jaensch* und *Hoepfner* Produktivformen der Archi-, Meso- oder Neokapillarschicht. Es handelt sich hier um grundsätzlich verschiedene Ansichten. Wir müssen uns in dieser Beziehung *Jaensch* und *Hoepfner* anschließen, da wir die Produktivformen zeichnerisch festgehalten und verglichen, bei wiederholten Untersuchungen immer wieder in gleicher Gestalt beobachten konnten, während alle vasoneurotischen Erscheinungen einem Wechsel unterworfen waren.

Ganz kurz möchten wir noch auf die Verhältnisse bei einseitigem Parkinsonismus eingehen. In 3 von 7 Fällen wurden vasoneurotische Erscheinungen nur an der amyostatischen Körperhälfte beobachtet, bei den 4 anderen zeigten sich beiderseits spastisch-atonische Zustände, ebenso bei einem Fall von einseitiger Athetose; die akute Erkrankung lag bei diesen Fällen 8—12 Jahre zurück. Trotzdem wir in 4—6 Jahre langer eigener Beobachtung nur eine einseitige Amyostase feststellen konnten, möchten wir die Frage offenlassen, ob nicht die beiderseitigen vasoneurotischen Störungen einen beginnenden Parkinsonismus auch der Gegenseite ankündigen.

Fassen wir unsere Beobachtungen auf dem Gebiet der Vasoneurose bei Encephalitis epidemica zusammen, so können wir sagen, daß die Kapillarmikroskopie uns einen sehr differenzierten Einblick in die Tätigkeit des nervösen Apparates am Gefäßsystem gestattet. Die hier beobachteten Abweichungen reihen sich aber durchaus in das Gesamtgebiet der vegetativen Störungen ein.

Literatur.

1. *Delbrück, H.*, Arch. f. Psychiatr. Bd. 81.
2. *Hoepfner, Th.* Arbeiten zum Kropfproblem II/III, Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung XXXIII. Bd., H. 8.
3. *Jaensch, W.*, Die Hautkapillarmikroskopie. 1929, Verlag Marhold, Halle.
4. *Kahle, H. K.*, Arch. f. Psychiatr. Bd. 86.
5. *Müller, Otfried*, Die Kapillaren der menschlichen Körperoberfläche. 1929 Verlag Enke, Stuttgart.
6. *Pototzky, C.*, Monatsschr. f. Psych. u. Neur. Bd. LXIX, 1928.
7. *Schnidtmann, M.*, Arch. f. Psychiatr. Bd. 94.

Digitized by Google

(Aus der Landesanstalt Zschadraß bei Colditz i. Sa.)

Ein Fall von klimakterischer Psychose mit multipler Blutdrüsensklerose, bez. Atrophie [1]).

Von

Oberregierungsmedizinalrat Dr. **Max Liebers.**

Mit 2 Abb. auf 1 Tafel.

Bekanntlich sind von den verschiedenen Erscheinungsformen psychischen Lebens, abgesehen von der Verstandesschwäche beim Myxödem und Kretinismus, das Temperament, die gemütlichen Reaktionen und gewisse Charaktereigenschaften diejenigen, für welche eine innersekretorische Bedingtheit, Beeinflussung und Steuerung am meisten durch objektives Tatsachenmaterial belegt werden kann. Das gilt sowohl für die normalen als auch die krankhaften Erscheinungen auf diesen Gebieten.

Ziemlich unsicher sind aber unsere Kenntnisse noch über die Beziehungen und Abhängigkeiten zwischen ausgesprochenen Psychosen und innersekretorischen Störungen. Zwar kennen wir eine ganze Reihe von psychischen Störungen bei endokrinen Organerkrankungen, es sei erinnert z. B. an die psychischen Erkrankungen bei Basedow infolge Hyper- oder Dysfunktion und an die psychischen Störungen bei Hypo- bzw. Afunktion der Schilddrüse und Myxödem, an die Generationspsychosen, an die psychischen Störungen bei Hypophysenveränderungen, bei Tetanie usw., die alle nach *Korbsch* den exogenen Reaktionstypen zugerechnet werden müssen.

Recht mangelhaft sind aber noch unsere sicheren Kenntnisse über die Beziehungen zwischen den endogenen Psychosen, namentlich dem manisch-depressiven Irresein und der Schizophrenie und ihre Abhängigkeit vom endokrinen System. Solche Korrelationen sind oft angenommen worden und werden als Hypothese wohl fast in jedem Lehrbuche erwähnt, ohne daß sich aber exakte Beweise dafür bisher erbringen ließen. Vor einigen Jahren hat *Langfeldt* wieder Untersuchungen an 40 Kranken mit sicherer Dementia praecox über die endokrinen Störungen bei Dementia praecox angestellt

[1]) Herrn Professor Dr. *Berblinger*, Direktor des pathologischen Institutes der Universität Jena, danke ich auch an dieser Stelle verbindlichst für Durchsicht und Kontrolle der mikroskopischen Präparate.

Digitized by Google

und bei dieser Erkrankung verschiedene leichtere somatische Abweichungen, wie langsamen Puls, niedrigen Blutdruck, Drüsenschwellungen, reduzierten Grundumsatz usw., auf endokrine Störungen zurückgeführt. Es soll aber hier nicht weiter eingegangen werden auf all diese verschiedenen Theorien, die den innersekretorischen Störungen in der Pathogenese psychischer Erkrankung zugeschrieben worden sind. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß weder die organotherapeutischen Versuche mit endokrinen Drüsensubstanzen, noch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen dieser Drüsen bei Psychosen, auch nicht die Untersuchung auf Abbaufermente nach *Abderhalden* und die pharmakologische Prüfung des endokrinen Apparates und Stoffwechselversuche unsere Kenntnisse erheblich weitergebracht haben. Dasselbe gilt auch von den pathologisch-anatomischen Untersuchungen der Drüsen bei Psychosen. Auch sie haben bisher keine konstanten Befunde ergeben und überzeugend ätiologische Zusammenhänge aufgedeckt. Allerdings muß hier korrigierend und ergänzend bemerkt werden, daß diesbezügliche Untersuchungen durchaus noch nicht in genügender Zahl und mit erschöpfender Gründlichkeit und unter Anwendung aller Methoden vorliegen, und daß hier noch manche Arbeit zu leisten sein wird.

Speziell bei Dementia praecox oder Schizophrenie sind ja schon von *Kraepelin* ätiologische Beziehungen zum endokrinen System, speziell zu den Keimdrüsen, angenommen worden, ohne daß aber hier in allen Fällen darauf gerichteter Untersuchungen konstante Befunde erhoben werden konnten. Von den wichtigsten pathologisch-anatomischen Befunden an endokrinen Drüsen bei Psychosen seien nur erwähnt die Mitteilungen von *Borberg*, der Sklerose der Schilddrüse bei klimakterischer Psychose beschreibt, und die Befunde von *Frank*, *Borberg*, *Dercum* und *Ellis*, die bei Dementia praecox ebenfalls Sklerose der Schilddrüse fanden, im Gegensatz zu *Witte*, der diese Befunde nicht bestätigen konnte, allerdings nur auf Grund von makroskopischen Untersuchungen.

Pötzl und *Wagner* beschreiben bei Dementia praecox kleinzystische Degeneration der Ovarien neben starken Bindegewebswucherungen und *Münzer* und *Pollack* bei demselben Leiden adenomatöse Veränderungen der Hypophyse, Überwiegen der basophilen Zellen und zystöse Veränderungen in der Grenzschicht. Außerdem fanden sie weniger charakteristische Veränderungen in Nebennieren und Pankreas. In einem anderen Falle konnte *Münzer* neben Hodenatrophie mit Vermehrung der Zwischenzellen im Pankreas Verminderung der *Langerhans*schen Inseln und status tymolymphaticus feststellen.

Bei der Abhängigkeit der endokrinen Drüsen untereinander ist es auch notwendig, solche pathologisch-anatomische Untersuchungen

Digitized by Google

nicht etwa nur auf eine Drüse, wie etwa die Geschlechtsdrüse zu beschränken, sondern alle, speziell Geschlechtsdrüse, Hypophyse, Schilddrüse, Nebennieren, Epiphyse, Thymus und Pankreas müssen genau untersucht werden, was bisher ausreichend häufig und genau noch nicht geschehen ist.

Auffallend ist jedenfalls hier, daß in den Fällen von sogenannter pluriglandulärer Insuffizienz oder multipler Blutdrüsensklerose, abgesehen von leichteren psychotischen Anomalien, ausgesprochene Psychosen wohl zu den größten Seltenheiten gehören. Aus diesem Grunde sei kurz die Mitteilung eines Falles von pluriglandulärer Atrophie bzw. Sklerose des endokrinen Systems gerechtfertigt, der mit einer schizophrenieartigen Psychose beginnend im Präklimakterium kompliziert war und nach mehreren Jahren unter den Erscheinungen allgemeiner Adynamie, Kachexie und Anämie tödlich endete.

Es folgt zunächst die Krankheitsgeschichte des Falles in extenso:

F., Anna Klara, geb. D., geboren 28. 10. 1877.

Über erbliche Krankheiten und spez. Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt. Regelrechte Entwicklung, in der Schule zweimal sitzen geblieben, nach der Schulzeit arbeitete Pat. in einer Fabrik 1 Jahr, dann 2 Jahr als landwirtschaftliche Arbeiterin, dann wieder Fabrikarbeiterin. 1899 Heirat, fünf Geburten, keine Fehlgeburt, ein Kind lebt. Nach Angabe des Mannes soll nach den Geburten 1901 und 1903 die Menstruation noch länger als normal hinterher ausgeblieben sein. Geordneter Lebenswandel, von Alkoholmißbrauch, Lues, Verstößen gegen das Strafgesetz nichts bekannt, vor 22 Jahren Kindbettfieber.

Am 11. 12. 1924 wegen Geisteskrankheit Einweisung in die städtische Nervenheilanstalt Chemnitz-Hilbersdorf. Soll schon seit 1922 geistig nicht normal gewesen sein, viel zerfahren durcheinander gesprochen haben und öfters unruhig gewesen sein. Äußerte Verfolgungsideen, saß oft mit einem Beil vor der Tür, sprach, es wäre zu heiß in der Küche, ging deswegen barfuß umher, behauptete auf dem Hinterkopf eine Bohrmaschine zu haben, die ihr ein Loch in den Kopf bohren würde usw. Anfang 1924 Verschlimmerung, wurde nachts unruhig, glaubte Einbrecher seien da, beschuldigte ihre Tochter, sie habe die Absicht sie totzuschlagen, fing an zu schimpfen, sprach von Huren usw., aß zuletzt auch nichts mehr, deswegen am 11. 12. 1924 Einweisung in die städtische Nervenheilanstalt Chemnitz-Hilbersdorf (Direktor Professor Dr. *Runge*). Aus dem körperlichen Befund: Auffallend blaßgelbliche Hautfarbe, Hämoglobingehalt des Blutes 70%, Erythrozyten: 5400000, Leukozyten: 3500, F. I.: 0,7.

Psychisch: Zunächst ruhig, geordnet, etwas stumpf, behauptet einen Magnet im Kopfe zu haben. Am 18. 2. 1925 gebessert nach Hause entlassen, wurde aber bald wieder unruhig, bezichtigte ihren Mann der Hurerei mit seiner eigenen Tochter, sah Tiere in der Stube herumkriechen, glaubte das Essen sei vergiftet, wurde aggressiv gegen den Mann. Deswegen am 4. 4. 1925 wieder Aufnahme in der Nervenheilanstalt Chemnitz-Hilbersdorf: Steifes Wesen, affektloses Verhalten, äußerte Wahnideen: sie habe Stechen im Kopf, welches durch eine Maschine hervorgerufen würde, die von ihren Nachbarn bedient würde, Gas müsse durch die Wand dringen, der Mann habe nichts

Digitized by Google

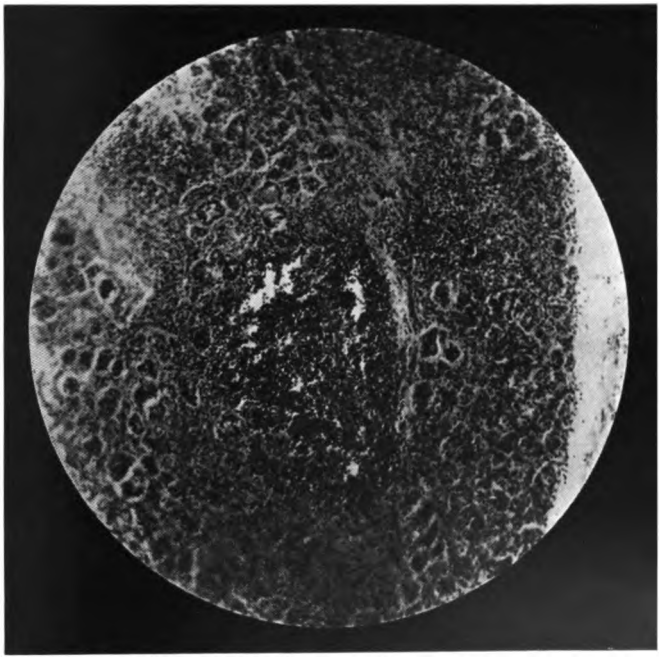


Abb. 1. Schilddrüse: Starke Atrophie. Kolloidhaltige Bläschen fehlen vollkommen, nur Zellgruppen und Zellschläuche, starke lymphocytäre Infiltration des ganzen Gewebes.

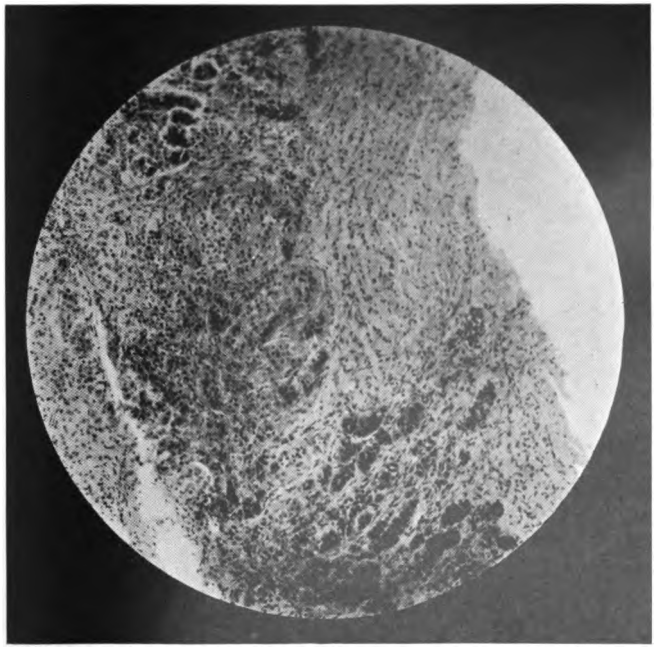


Abb. 2. Nebenniere: Kapsel verdickt, Zellschläuche atrophisch, starke Vermehrung des Bindegewebes zwischen den einzelnen Zellgruppen.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 97, Tafel 3.
Zu „Max Liebers, Ein Fall von klimakterischer Psychose".

Digitized by Google

Digitized by Google

dagegen getan, sondern sie nur ausgelacht, deswegen sei sie mit dem Hammer auf ihn losgegangen. Die Wurst, die man ihr vorgesetzt habe, sei vergiftet gewesen, sie habe immer Stimmen gehört: »immer los, sie muß weg, sie hat' getan« usw. Auch in der Anstalt fühlt sie sich durch Maschinen beeinflußt, hörte Stimmen, war dabei autistisch, affektlos, keine Krampfanfälle. Am 26. 5. 1925 Überführung in die hiesige Landesanstalt.

Körperlich: Temperatur 36,9, Puls 68, Gewicht 111 Pfund. Mittlerer Ernährungszustand, Gesichtsfarbe blaßgelblich, leicht gedunsenes, pastöses Aussehen, sichtbare Schleimhäute ebenfalls sehr blaß.

Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall und Konvergenz. Übrige Hirnnerven o. B. Zunge nicht belegt, blaß. Im Oberkiefer Prothese, im Unterkiefer stehen nur noch die Canini beiderseits als faulige, wacklige Stümpfe. Menopause. Lungen: Klopfschall über der linken Lunge etwas verkürzt, Atemgeräusch etwas abgeschwächt, Grenzen beiderseits wenig verschieblich. Herz: normale Grenzen, Töne leise, aber rein, Puls klein und weich, nicht beschleunigt. Leib: o. B., weich, nicht druckempfindlich, Sehnen- und Hautreflexe normal, Urin frei von Eiweiß und Zucker.

Psychischer Status: Geordnet, freundlich, ansprechbar, leidlich orientiert, macht über ihr Vorleben zutreffende Angaben, geringe Intelligenzleistungen, positive Kenntnisse, Schul- und Allgemeinwissen mäßig, Rechnen schlecht: $8 + 7 = 17$, $18 + 13 = 30$, beherrscht auch nicht ganz sicher den kleine Einmaleins. Urteilsfähigkeit bei Unterschiedsfragen auch nur mäßig entwickelt: Baum und Strauch: »Baum ist höher, Strauch ist kleiner und breiter.« Treppe und Leiter: »Leiter ist höher und schmäler, die Treppe ist breiter.« Strom und See: »Strom ist nicht so groß, See ist größer.« Lüge und Irrtum = ./.

14. 6. 1925: Nachts ruhelos, rief wiederholt nach der Schwester, es müsse jemand unter ihrem Bett sein, hörte fortwährend Klopfen, glaubte, daß sie mit ihrem Bett versinken müsse.

4. 7. 1925: Lungenbefund o. B., blaßgelbliches Aussehen, ißt leidlich, Verdauung in Ordnung, glaubt ihr Mann und ihre Tochter seien hier, sie habe ihre Stimmen gehört, äußerte, im Keller seien Soldaten, sie könne nicht zu Bett gehen, weil sie versinke.

16. 7. 1925: Zuweilen sehr widerstrebend, wird dann tätlich gegen das Personal, ißt schlecht, halluziniert, schimpft auf Personen, die gar nicht da sind.

24. 7. 1925: Spricht nachts vor sich hin, ging aus dem Bett, meinte das Haus würde fortgetragen, abweisend, kümmert sich wenig um ihre Umgebung, sieht sehr blaßgelb aus.

In den folgenden Jahren 1927/1930 dasselbe Verhalten, zahlreiche Sinnestäuschungen und Beeinträchtigungswahnideen, antwortete oft ihren Stimmen, war zeitweise auch sehr erregt und ausfällig und gewalttätig gegen ihre Umgebung.

Dez. 1930: Körpergewicht 66 kg.

Febr. 1931: Zunehmender körperlicher Rückgang, Zunahme der blassen, gelblichen Gesichtsfarbe, Gewicht 58,5 kg. Hämoglobingehalt des Blutes stark herabgesetzt 65—70%, aber sonst kein Perniziosabefund, keine Erythroblasten und gekörnte Erythrozyten.

17. 2. 1931: Bekam Nasenbluten und Erbrechen, kann sich kaum aufrechterhalten vor allgemeiner Schwäche. Äußerte starkes Ekelgefühl, klagte

Digitized by Google

über Magenschmerzen, übergab sich auch oft schon nach Genuß von leichten Speisen und Suppen. Das Erbrechen bestand meistens aus Schleim, mitunter auch grüngalliges Erbrechen. Blutdruck herabgesetzt, Puls klein, weich, leicht beschleunigt, Stimme leise, kaum hörbar, tonlos, flüsternd, Sprechen strengt kolossal an, spricht fast gar nicht, hochgradige Adynamie.

30. 2. 1931: Entmündigungstermin, gehemmt und wortkarg.

17. 6. 1931: Dauernd bettlägerig, zunehmende Gewichtsabnahme und Anämie. Das frühere öftere Erbrechen hat nachgelassen, wieder leidliche Nahrungsaufnahme, psychisch verhältnismäßig wieder klarer, geordneter, Gewicht im Mai 49 kg.

27. 7. 1931: Klagt seit einigen Tagen über Schmerzen in Brust und Rücken und im Epigastrium ohne deutlichen Befund, sehr matt, kraftlos. Verdacht auf Carcinoma ventriculi?

27. 7. 1931: Exitus letalis infolge allgemeiner Körperschwäche, Adynamie und Herzschwäche.

Aus dem Sektionsprotokoll: Mittelkräftig gebaut, Haut blaß, dabei leicht gelblich verfärbt, ebenso die sichtbaren Schleimhäute. Fettgewebe: mäßig entwickelt. Muskulatur: mäßig. Totenstarre: in allen Gelenken vorhanden. Totenflecke: blaurot in den abhängigen Partien. Die Scham- und Achselbehaarung fehlen vollkommen.

Kopfhöhle: Weichteile: o. B. Schädeldach: mitteldick, wenig Diploë vorhanden. Blutleiter: enthalten Kruor und Speckgerinsel. Harte Hirnhaut: mäßig gespannt. Hirnwindungen: schimmern durch, Innenfläche glatt und glänzend. Weiche Hirnhaut: zart, Basalgefäße: zart. Hirnnerven und Hirnbasis: o. B. Windungen: normal ausgeprägt Rindensubstanz: auf dem Durchschnitt hellgraurosa, gleichmäßig breit, nicht verschmälert, vom Mark sichtbar abgesetzt. Marksubstanz: weiß mit wenig abstreifbaren Blutpunkten. Ventrikel: normal weit, enthalten wenige Kubikzentimeter seröse Flüssigkeit, Ependym glatt glänzend. Zentralganglien, Hemisphärendurchschnitte, Hirnschenkel, Kleinhirn, Pons und Medulla oblongata: o. B. Hirngewicht: 1290 g. Schädelkapazität: 1380 ccm [1]).

Beide Lungen an den Spitzen mit der Thoraxwand verwachsen, im übrigen Pleurahöhlen frei von Flüssigkeiten und Verwachsungen. Pleuraoberfläche glatt glänzend, nicht verdickt, auf dem Durchschnitt für das Lungengewebe zeigen die großen Bronchien reichlich gelbliche Flüssigkeit, Bronchialschleimhaut gerötet. Herz: o. B., schlaff, Muskulatur mäßig saftreich, frei von Schwielen und Einlagerungen. Koronargefäße: zeigen nur geringe fleckige Wandverdickungen, Lumen überall gut durchgängig. Herzklappen zart, frei von Verdickungen und Auflagerungen. Aorta: zeigt nur vereinzelt geringe fleckige Intimaverdickung. Schilddrüse: atrophisch, Konsistenz ziemlich derb, Maße der Seitenlappen: 3 × 2 × 1/2 cm, auf dem Durchschnitt etwas sklerosiert. Magen: o. B. Milz: 11 × 6 × 4 1/2 cm, Konsistenz ziemlich fest, dunkelrot, Follikel- und Trabekelzeichnung deutlich. Nieren: beiderseits ohne deutlichen makroskopischen Befund. Nebennieren: sehr klein, 1,0 × 0,5 × 0,1 cm. Rinden- und Marksubstanz sehr stark verschmälert, Rinde gelb, Mark bräunlich. Genitalien: Ovarien: beiderseits kaum bohnengroß, Uterus: birnengroß.

[1]) Hypophyse: atrophisch, klein bohnengroß.

Digitized by Google

Darm: o. B., kleines Divertikel des Ileums. Leber: 1200 g, 18 × 12 × 9 × 6 × 4 cm, Kapsel glatt, Oberfläche hellbraun, auf dem Durchschnitt bräunlichgelb. Läppchenzeichnung etwas undeutlich, die Einzelläppchen unregelmäßig, etwas gelblich verfärbt. Gallengänge enthalten gallige Flüssigkeit.

Diagnose: Atrophie der Hypophyse, Schilddrüse, Nebennieren und der Ovarien, Fehlen der Scham- und Achselbehaarung, Anämie mit leichtem Ikterus.

Mikroskopischer Befund: Schilddrüse: Auffallend ist das fast vollkommene Fehlen der kolloidhaltigen Bläschen, an ihrer Stelle zeigen Durchschnitte zahlreiche Haufen und Stränge von Epithelien ohne Lumen (Abb. 1).

Die einzelnen Epithelzellen atrophisch, die Kerne teilweise pyknotisch verändert. Das interlobuläre Bindegewebe stellenweise ebenfalls stärker vermehrt durch säurefuchsinfärbbare Fibrillen. Wand der Gefäße stellenweise hyalin verdickt durch Intima-Hyperplasie, Präkapillaren auch teilweise mit hyalinverdickter Wandung. Auffallend ist die starke lymphozytäre Durchsetzung des Parenchyms, in denen es aber nicht zur Ausbildung von Keimzentren gekommen ist.

Nebennieren (Abb. 2): Kapsel überall stark verdickt, stellenweise stark säurefuchsinfärbbare Septen nach der Marksubstanz zwischen den atrophischen Zellsträngen vordringend. Die Zellen des Parenchyms sind stark atrophisch mit schmalem Plasmahof, stellenweise mit pyknotischen Kernen, so daß an manchen Stellen dadurch der Eindruck einer lymphozytären Durchsetzung des Gewebes bei schwacher Vergrößerung entsteht.

Die kleinen Gefäße weisen eine hyalin verdickte Wand auf, vollkommene Obliteration aber nicht erkennbar. Chromaffine Zellen fehlen fast vollkommen. Bei Sudan-Färbung starker Fettgehalt in den mittleren Zellen. Im übrigen Differenzierung der einzelnen Schichten stellenweise undeutlich. Marksubstanz infolge Atrophie außerordentlich mangelhaft und unvollkommen entwickelt.

Hypophyse: Kapsel stark verdickt, einzelne Drüsenläppchen stellenweise stark atrophisch, eosinophile Zellen fehlen fast vollkommen, basophile und chromophobe Hauptzellen etwa in gleicher Anzahl vorhanden. Gefäße ziemlich blutreich, im Zwischenlappen einige Kolloidbläschen, Bindegewebe zwischen den einzelnen Drüsenläppchen ebenfalls stellenweise deutlich vermehrt, Neurohypophyse sehr faserreich. Frischere Blutungen in der Gegend zwischen Vorder- und Mittellappen.

Epiphyse: etwas atrophisch, Bindegewebssepten ebenfalls verdickt, im Interstitium zahlreiche dunkel pigmenthaltige große Zellen, die Pinealzellen zeigen größtenteils runde und ovale blasse Kerne, Kernexkretion undeutlich, vereinzelt Kernkugeln in den Kernen.

Ovarien: hochgradig atrophisch, starke Fibrose des ganzen Organes, Follikel vollkommen geschwunden.

Pankreas: Inselapparat erhalten, sonst kein krankhafter Befund.

Leber: Interlobuläre Septen stellenweise verbreitert mit leichten lymphozytären Infiltrationen, Leberzellbalken schmal, leichte Zirrhose.

Niere: Glomeruli an einzelnen Stellen verödet mit Zunahme des interstitiellen Bindegewebes und frischeren Zellanhäufungen. In einzelnen Kanälchen der Schaltstücke hyalin geronnene Massen.

Es handelt sich also kurz zusammengefaßt um eine, soweit bekannt, erblich nicht belastete Patientin, die früher niemals ernst-

Digitized by Google

lich erkrankt gewesen war, im Klimakterium im Alter von 45 Jahren psychisch erkrankte mit Verfolgungsideen, Beeinflussungsgefühlen und Halluzinationen, motorischer Unruhe und zerfahrenen Reden. 1924 trat eine Verschlimmerung ein, sie glaubte, es seien Einbrecher da, beschuldigte ihre Tochter der Absicht sie totzuschlagen, äußerte auch Vergiftungsideen, verweigerte die Nahrung und mußte deswegen in Anstaltsbehandlung gegeben werden. Während der nächsten Jahre erfolgte keine Änderung und Wendung zum Besseren, Verfolgungsideen, Halluzinationen des Gehöres und des Allgemeingefühles, Vergiftungsideen, Zerfahrenheit, Autismus mit zeitweiser ungeordneter, motorischer Erregung herrschten vor, außerdem trat im Laufe der Jahre eine zunehmende gemütliche Abstumpfung und Gleichgültigkeit ein, mit Erlahmung der Willenstätigkeit, Erstarrung der Denkfähigkeit und Abnahme der Intelligenz. Die Psychose als solche muß nach alledem wohl zweifellos dem schizophrenen Formenkreis zugerechnet werden.

Interessant und den Fall bemerkenswert machen nun aber die in der Krankheitsgeschichte erwähnten körperlichen Krankheitserscheinungen und Begleitsymptome, die, wie auch aus dem noch zu erörternden Sektionsbefund hervorgeht, auf eine Affektion des innersekretorischen Apparates bezogen werden müssen. In erster Linie soll erwähnt werden der Haarausfall, der zu einem vollkommenen Verlust der Achselhöhle und Schambehaarung führte und erst nach Einsetzen der Psychose im Klimakterium auftrat und wie erwähnt, in interessanter Weise von der Patientin selbst als lästig empfunden und auf halluzinatorische Belästigungen zurückgeführt wurde. Auch die Verfärbung des früher dunkelbräunlichen Kopfhaares während der Beobachtungszeit in eine rote soll hier erwähnt werden. Patientin besaß nur noch die zwei oberen Eckzähne, die auch schon, wie in der Krankheitsgeschichte erwähnt, stark kariös verändert waren. Auch die Brüchigkeit der Finger- und Zehennägel und die starke Trockenheit der Haut sind Symptome innersekretorischer Störung und zwar ebenso wie Haarausfall und Zahnausfall zurückzuführen auf die Atrophie der Schilddrüse. Auch die Augenwimpern waren an dem Haarausfall ebenfalls beteiligt.

Ein weiteres Symptom, das auf innersekretorische Veränderungen zurückgeführt werden muß, war vor allen Dingen die Zunahme allgemeiner Körperschwäche und Adynamie und die starke Gewichtsabnahme, die Patientin die letzten Monate dauernd an das Bett fesselten trotz ausreichender Nahrungsaufnahme. Inwieweit die Anämie auf eine Milzfunktionsstörung zurückgeführt werden darf, soll unentschieden bleiben. Daß sie keinen Perniziosacharakter trug, geht, abgesehen von dem Fehlen der für diese Krankheit charakteristischen Blutbefunde, dem Fehlen der kernhaltigen roten Blut-

Digitized by Google

körperchen, der basophil gekörnten, dem Fehlen der stärkeren Poikilozytose usw., schon hervor aus der Intaktheit des Knochenmarkes, das in den großen Röhrenknochen den Charakter eines reinen Fettmarkes zeigte und sich nicht in rotes hämatopoetisches Mark umgewandelt hatte. Die leichte ikterische Verfärbung, die neben der Anämie der Haut bestand, ist wohl mit einer durch die leichte zirrhotische Veränderung der Leber bedingten Gallenstauung in Zusammenhang zu bringen. Ob vielleicht die Nebennierenatrophie mit im Sinne einer beginnenden Addison-Verfärbung gewirkt hat, soll unentschieden bleiben.

Die Nebennierenveränderungen sind aber nach allen bisherigen klinischen Erfahrungen verantwortlich zu machen für die starke allgemeine Körperschwäche, die mit leichter Ermüdbarkeit beginnend, sich zuletzt sub finem vitae zu hochgradigster Adynamie und Kraftlosigkeit steigerte und in den letzten Wochen und Monaten oft den Charakter einer agonalen Hinfälligkeit und Schwäche annahm, verbunden mit starker Pulsbeschleunigung und Blutdrucksenkung, so daß schon wochen- und monatelang vor dem Exitus der Tod unmittelbar tagtäglich bevorzustehen schien. Auch die Störungen des Magen- und Darmkanals, die Übelkeit, das Erbrechen und die Neigung zu Durchfällen sind beim Fehlen pathologisch-anatomischer Befunde am Magen- und Darmkanal mit größter Wahrscheinlichkeit als toxisch bedingt auf die Nebennierenveränderungen zurückzuführen und ähnlich zu bewerten wie die gleichen Erscheinungen bei der Addisonschen Krankheit.

Dasselbe gilt von der Anämie und der starken Hämoglobinabnahme. Auch sie kommen nach *Zondek* auch bei der Addisonschen Krankheit häufig vor. Nur die charakteristischen Pigmentveränderungen fehlten in unserem Falle. Dieser Befund steht aber durchaus nicht bei echtem Morbus-Addison vereinzelt da, denn bekanntlich fehlen diese Pigmentveränderungen bei Morbus-Addison öfters oder treten nur wenig charakteristisch und erst kurze Zeit vor dem Ende auf. Leider waren genauere Stoffwechseluntersuchungen aus äußeren Gründen nicht möglich, aber auch ohne sie kann die Deutung der erhobenen Befunde im Sinne eines durch die Nebennierenveränderung und Sklerose bedingten und unvollkommenen Addison sicher erscheinen.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht bemerkenswert ist auch die lymphozytäre Infiltration der Schilddrüse und die Veränderung bzw. das fast vollkommene Fehlen der eosinophilen Zellen in der Hypophyse, Befunde, die bei Morbus-Addison häufiger erhoben worden sind.

Da man nach *Zondek* u. a. nicht berechtigt ist, von polyglandulärer Insuffizienz zu sprechen, wenn zwar mehrere endokrine Drüsen beteiligt sind, klinisch aber feststeht, daß die Krankheit von einer

Digitized by Google

Drüse ausgegangen ist und die anderen nur sekundär im Sinne der Korrelation mit affiziert worden sind, so muß auch für unseren Fall diese Frage geprüft werden.

Die somatischen und psychischen Krankheitserscheinungen, deren charakteristische Kombinationen unseren Fall, wie gesagt, so bemerkenswert machen, begannen erst später im Klimakterium, also zu einer Zeit, wo sonst die pluriglanduläre Insuffizienz sich nicht erst bemerkenswert macht, da sie in den meisten Fällen schon in den früheren Jahren beginnt. Da das Klimakterium nun bekanntlich in erster Linie mit den regressiven Veränderungen der Ovarien in Zusammenhang gebracht wird, so könnte man vielleicht annehmen, daß auch in unserem Falle die Schilddrüsen-, Nebennieren- und Hypophysenveränderungen nur sekundär durch die Ovarialatrophie bedingt aufzufassen sind.

Gegen diese Annahme scheint mir aber die Tatsache zu sprechen, daß gerade die Ovarialveränderungen in unserem Falle, die Atrophie und Fibrose nicht besonders hochgradig waren. Auch nach Ansicht des Herrn Professor Dr. *Berblinger* ist der pathologisch-anatomische Befund in den Ovarien kaum schwerer zu bewerten als die gewöhnlichen klimakterischen und Altersatrophien dieser Organe.

Die krankhaften Veränderungen der Schilddrüse und Nebennieren beherrschten in unserem Falle das Bild und es muß ihnen daher eine selbständige Bedeutung zuerkannt werden. Dasselbe gilt von den durch sie bedingten körperlichen Begleitsymptomen: der Adynamie, dem Ausfallen der Scham- und Achselhaare, der Trockenheit der Haut, der Brüchigkeit der Nägel, den Magen- und Darmsymptomen usw. Auch sie traten so stark in Erscheinung, daß sie höher bewertet werden müssen als nur in korrelativer Abhängigkeit bedingt durch die geringfügige Ovarialveränderung.

Zusammenfassung.

1. Stärker ausgeprägte pathologisch-anatomische Befunde innersekretorischer Drüsen bei Psychosen im Sinne einer polyglandulären Sklerose sind sehr selten beobachtet worden.

2. In unserem Falle handelte es sich um eine im Klimakterium beginnende schizophrenieartige Psychose mit den somatischen Begleiterscheinungen einer polyglandulären Insuffizienz: hochgradiger Adynamie, Ausfall der Achsel- und Schambehaarung und der Zähne, Trockenheit der Haut, Brüchigkeit und Rissigkeit der Nägel, Anämie verbunden mit leichtem Ikterus.

3. Pathologisch-anatomisch fand sich Atrophie und Sklerose der Schilddrüse und Nebennieren, leichte Atrophie der Hypophyse mit Fehlen der eosinophilen Zellen, leichte Sklerose der Zirbeldrüse und Atrophie und Fibrose der Ovarien.

Digitized by Google

Literaturverzeichnis.

Borberg, Archiv für Psychiatrie, 1923.

Henke und *Lubarsch*, Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie, 8. Bd., 1926, Verlag von Julius Springer.

Korbsch, Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, 1928, Bd. 1.

Langfeldt, Untersuchungen über das Vorkommen endokriner Störungen bei Dementia praecox. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. 97, 1927.

Wuth, Endokrines System. Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, 3. Bd., 1928.

Zondek, Die Krankheiten der endokrinen Drüsen. Berlin, Verlag von Julius Springer, 1926.

Münzer u. Pollak, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 95.

Digitized by Google

Zur Indikationsstellung für die therapeutische Beeinflussung sexueller Anomalien durch Kastration.

Von

Dr. **Paul Nitsche**, Sonnenstein.

Die therapeutische Kastration bei sexuellen Abnormitäten ist eine Maßnahme, deren Erfolg stets sehr fraglich ist. Ganz abgesehen davon, daß wir im einzelnen Falle nie wissen können, in welchem Grade die nach Entfernung der Keimdrüsen durch Ausfall von deren innersekretorischer Wirkung auftretenden Veränderungen und Beschwerden sich bemerkbar machen werden: wir wissen nach den bisher bekannten Erfahrungen auch nie, ob die Libido nach der Kastration in nennenswertem Maße vermindert oder aufgehoben werden wird. Zudem lehrt die Erfahrung, daß manchmal auch eine unerfreuliche Veränderung der Psyche nach dem Eingriff in die Erscheinung tritt. Dabei handelt es sich sicher keineswegs nur um unmittelbare innersekretorische Einflüsse, sondern auch um reaktive Erscheinungen. *Heinrich Fischer* hat deshalb auf die Notwendigkeit hingewiesen, besonders auf die Beschaffenheit der ursprünglichen Persönlichkeit zu achten, die von dem Ausfall gegebenenfalls betroffen wird.

Dieser letztere Umstand scheint mir besonders für die klinisch-psychiatrische Seite der Indikationsstellung zur Kastration bei sexuellen Anomalien von Wichtigkeit zu sein.

In einer Anzahl von Fällen scheint nun aber die Kastration in der Therapie sexueller Anomalien besonders auch bei den so oft therapeutisch auf anderem Wege ganz unbeeinflußbaren Sexualverbrechern — soweit hier nach Lage des Falles von bloßer Herabsetzung oder Aufhebung der Libido ein Erfolg zu erwarten ist — in einer ganzen Anzahl von solchen Fällen, sage ich, scheint die Kastration doch überwiegenden Nutzen geschaffen zu haben.

Immerhin sind wir nach dem heutigen Stand der Dinge oft bei der Indikationsstellung in großer Ungewißheit. Daher glaube ich, daß es sich verlohnt, das nachstehende Gutachten bekanntzugeben, welches die ganze Problematik solcher Fälle erkennen läßt und beleuchtet.

Ein vielfach vorbestrafter junger Mann, der aber bisher noch keine Sexualdelikte begangen hatte, fiel bei Verbüßung einer mehr-

Digitized by Google

jährigen Gefängnisstrafe auf durch Erscheinungen, welche bei den Gefängnisbeamten die ernstliche Befürchtung erweckten, daß er Sexualverbrechen begehen könne.

Die zuständige Behörde verlangte ein Gutachten darüber,

1. ob psychotherapeutische Einwirkung auf ihn Erfolg verspricht oder
2. ob durch operative Entfernung der Keimdrüsen bei ihm ein Erfolg erzielt werden kann oder
3. welche sonstigen Maßnahmen in Frage kommen.

Ich hatte dieses Gutachten nach längerer Anstaltsbeobachtung zu erstatten. Diese Beobachtung fiel also noch in den Strafvollzug, und nach ihrem Abschluß hatte der Gefangene noch über ein halbes Jahr seiner Strafe zu verbüßen.

Ich bemerke, daß sämtliche Personen- und Ortsnamen im Nachfolgenden Decknamen sind.

Im Folgenden gebe ich nun mein Gutachten wieder.

Bezüglich der Vorgeschichte ist Folgendes zu erwähnen. Der Vater soll nerven- und nierenkrank gewesen sein und viel getrunken haben. In seinen jungen Jahren war er sehr leichtsinnig.

Nach den Akten des Amtsgerichts D. hat Maurers Vater dem dortigen Stadtrat 1915 berichtet, sein damals 9 Jahre alter Sohn mache ihm viel schlaflose Nächte, sei ein großer Taugenichts, den man weder durch gute noch durch strenge Behandlung bessern könne; er lungere draußen herum, bettle, vernasche das gebettelte Geld, melde sich auf der Wache obdachlos, anstatt heimzukommen, schwänze die Schule, sei verlogen. Behördliche Erörterungen bestätigten die Richtigkeit der väterlichen Angaben. Der Knabe wurde nach dem Kinderversorghaus zu D. und dann, wohl Ostern 1916, nach der Erziehungsanstalt R. gebracht, wo er anscheinend bis zum Jahre 1920 blieb. In den dort erstatteten Berichten wird zunächst bis zum Jahre 1918 Maurers Führung als befriedigend, seine Begabung als sehr gering bezeichnet. 1918 wird er träge und bisweilen frech genannt. Alsbald werden die Berichte wesentlich ungünstiger. Es heißt, daß der Knabe sehr träge, oberflächlich, seinen Mitschülern gegenüber herrschsüchtig und brutal sei. Im Jahre 1919 hat er einen Jungen mit der Axt bedroht, einen anderen mit der Schere ins Auge gestochen. Er wird als ganz durchtriebener Bursche bezeichnet, der sich immer den Anschein eines unschuldigen Kindes zu geben suche, dabei aber verlogen, frech und unverträglich sei, Ordnung nicht zu halten wisse. Zu Ostern 1920 kam der Junge zu einem Gärtner in die Lehre. Im folgenden Jahre wird ihm vom Stadtrat zu D. brieflich vorgehalten, daß seine in einem Brief über seinen Meister gemachten Angaben (Näheres über diese Angelegenheit ist aus den Akten nicht zu ersehen) in keiner Weise der Wahrheit entsprächen, daß er selbst aber sich schlecht führe, außerordentlich dreist und verstockt sei und sich Sonntags bis spät in die Nacht auf Tanzböden herumtreibe. Maurer stand damals im 16. Lebensjahre. Wie er selbst berichtet, ist er bei dem Gärtner in X. bis zum Jahre 1923 in der Lehre gewesen. Dieser Gärtner habe ihm dann zu einer Stellung in T. verholfen. Bereits im Jahre 1923, noch in X., ist er zweimal wegen Diebstahls, das eine Mal mit einer Woche, das zweite Mal mit 2 Monaten Gefängnis bestraft worden. Von T. aus will

Digitized by Google

er sich noch im gleichen Jahre auf Wanderschaft begeben, nun bis zum Jahre 1929 vielfach seinen Aufenthaltsort gewechselt, zwischendurch sich auch mehrfach zu Hause bei der Mutter aufgehalten haben. Seiner Angabe nach ist er u. a. in Städten Nord- und Mitteldeutschlands gewesen und habe hauptsächlich als Gärtner, Bauarbeiter, Tiefbauarbeiter und Dachdecker gearbeitet.

Maurers Strafliste weist im ganzen seit 1923 bereits 18 Strafen auf. Er wurde bestraft fünfmal wegen Diebstahls, einmal wegen Hausfriedensbruchs, dreimal wegen Bettelns, einmal wegen Betrugs, einmal wegen Notbetrugs, zweimal wegen Unterschlagung, einmal wegen Nächtigens im Freien, einmal wegen schwerer Urkundenfälschung in Tateinheit mit Betrug, zweimal wegen widernatürlicher Unzucht und Erpressung, einmal wegen versuchter Erpressung in 2 Fällen.

Die Strafen verteilen sich auf alle Jahre seit 1923. Die letzte und schwerste Strafe wurde über Maurer vom Amtsgericht B. am 15. Dezember 1929 verhängt. Er war gemeinsam mit dem Arzt Dr. S. angeklagt. Dieser wurde wegen Verbrechens nach § 174, Ziffer 3 des Strafgesetzbuchs zu 6 Monaten Gefängnis, Maurer unter Freisprechung von der Anklage der widernatürlichen Unzucht wegen Erpressung zu 2 Jahren 6 Monaten Gefängnis unter Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte auf 3 Jahre verurteilt. Diese Strafe verbüßt Maurer zurzeit noch. Maurer war am 28. August 1929 wegen Filzläusen in das Stadtkrankenhaus zu E. aufgenommen worden. Hier bestellte ihn der homosexuell veranlagte, am Krankenhaus tätige Dr. med. S. am 30. August auf sein, des Arztes, Zimmer, woselbst beide gegenseitig masturbierten. Den Beweis dafür, daß beide beischlafähnliche Handlungen vorgenommen hätten — was Dr. S. bestritten, Maurer aber behauptet hat —, hielt das Gericht nicht für erbracht. In der Urteilsbegründung wird erwähnt, Maurer sei Dr. S. sehr entgegengekommen. Unmittelbar nach dem Vorkommnis, noch am gleichen Tage, überreichte Maurer dem Dr. S. einen Brief, in dem er diesen bat, ihm mit 50 M. auszuhelfen und ihm die versprochenen Kleidungsstücke zu geben, damit er, Maurer, wieder in geordnete Verhältnisse käme. Bei der Aushändigung des Gewünschten bezeichnete Dr. S. Maurers Verhalten diesem gegenüber als Erpressung, was Maurer aber bestritt. Am nächsten Tage sollte letzterer aus dem Krankenhause entlassen werden, verlangte aber vorher Dr. S. zu sprechen und erklärte diesem in dessen Zimmer: jetzt komme er als Erpresser und verlange als einmalige Abfindung nochmals 50 M. und eine Jacke. Maurer sagte auf Dr. S.s Weigerung, dieser könne ja die Kriminalpolizei holen; Dr. S. wisse wohl, was für ihn auf dem Spiele stehe, während er, Maurer, nichts zu verlieren habe. Darauf händigte ihm Dr. S. 25 M. aus und versprach ihm, die gleiche Summe noch zuzuschicken, was er auch nach einigen Tagen tat. Am 6. September kam Maurer nochmals zu Dr. S. ins Krankenhaus und verlangte wieder Geld unter der Drohung, im Falle der Verweigerung das ganze Krankenhaus zusammenzurufen. Maurer hat bestritten, am 31. August Geld unter Drohung gefordert und erhalten zu haben und hat weiter behauptet, daß er am 6. September stark betrunken gewesen sei und keine Erinnerung an den Vorfall mehr habe. Das Gericht betrachtete aber diese Angaben als widerlegt.

Wie bereits erwähnt, war Maurer bereits 1926 wegen widernatürlicher Unzucht und Erpressung zu 4 Monaten 2 Wochen Gefängnis und 1927 wegen versuchter Erpressung in 2 Fällen zu 3 Monaten 2 Wochen Gefängnis verurteilt worden. Was das Delikt von 1926 anlangt, so geht aus den herbeigezogenen

Digitized by Google

Strafakten hervor, daß Maurer mit einem Kaufmann in Chemnitz in den Jahren 1923 bis 1926 homosexuelle Beziehungen, mutuelle Masturbation, immissio membri in os getrieben und den Kaufmann öfters unter Drohungen zur Herausgabe von Geld veranlaßt hatte. In der Urteilsbegründung wird als strafverschärfend hervorgehoben, daß der zu Begutachtende sein Opfer schamlos ausgenutzt habe.

Die wegen des in F. verübten Verbrechens verhängte Strafe von 2 Jahren und 6 Monaten Gefängnis, deren Vollzug, wie erwähnt, noch andauert, hat Maurer unmittelbar im Anschluß an die Verbüßung einer dreimonatigen Gefängnisstrafe angetreten, so daß er sich also, letztere Strafe mit eingerechnet, seit 7. September 1929 dauernd in Haft befindet. Die gegenwärtige Strafe läuft bis Juni 1932. Bis 24. April 1931 war Maurer in der Gefangenenanstalt zu B. untergebracht und wurde dann in die zu A. übergeführt.

Aus den über diesen Strafvollzug ergangenen Akten ist Folgendes erwähnenswert. Maurer hat in B. angegeben, seit seinem 16. oder 20. (diese Zahl ist nicht genau lesbar) Jahre verkehre er in D. in homosexuellen Kreisen. Er sei damals verführt worden in einem Cafe und habe sich des Geldes wegen seit dieser Zeit etwa dreimal Männern hingegeben. Er sei jetzt verlobt und verkehre mit seiner Braut (letztere Angabe von seiner Verlobung scheint nach allem, was über Maurer bekannt geworden ist, nicht wahr zu sein). In der Folgezeit hat der in einer Zelle gehaltene Gefangene wiederholt geklagt, er könne es in der Zelle allein nicht aushalten; ihn quäle die Libido. Er deutete Selbstmordabsichten an. In einer Eingabe an das Justizministerium vom Juli 1930 klagt Maurer über starke sexuelle Erregung in der Haft, infolge deren er furchtbar masturbiere. Er finde mit seinen Klagen beim Arzt kein Verständnis. Bei solchem Verhalten der Gefängnisbeamten sei es kein Wunder, wenn es Menschen wie Haarmann und Kürten gebe. Weiter führt er aus, daß bei einem Gefangenen schließlich der zurückgestaute Sexualtrieb »unabwendbar in das Gebiet der Perversion hinübergleiten« müsse. »Das furchtbare und ungemein Warnende der Sexualvergiftung ist, daß sie nicht mit der Rückkehr in geregelte Verhältnisse schwindet, sondern oft erst nach Jahren, besonders bei anhaltender Verbitterung gar nicht mehr. Ist es dann noch ein Wunder, wenn man in dieser Sexualbegierde, und in einen Haß auf alle Freien verfällt, in dem Bewußtsein, daß man dereinst in der Freiheit nichts anderes sein wird, als ein von der Bürgerlichenachtung vom Erwerbsprozeß ausgestoßener Paria. Wenn man nun so verbittert und von Wahnsinn verfolgt entlassen wird, dann gibt es kein Zurück in die Gesellschaft, denn zur Gesellschaft gehört man dann nicht mehr. Da gibt es dann nur einen Weg für ihn, der Negativgeltung, denn seine Triebe führen ihn. Deshalb ist es für manchen Gefangenen, wenn sie auch schlecht zu beurteilen sind, ist die Zellenhaft eine Zeit systematischer Züchtigung von Minderwertigkeitskomplexen, ist eine Schule zum Haß, zu einem in ihrer Folgeerscheinung sich derart katastrophal entwickelten Menschenhaß. Daß Erscheinungen möglich werden können.« Ihm seien daher schwere Arbeit im Freien und Zerstreuung notwendig.

In größerer Ausführlichkeit bringt Maurer dann in einer erneuten Eingabe an das Justizministerium ähnliche Klagen und Behauptungen vor. Er will in eine kleinere Anstalt versetzt werden, weil man ihn da mehr ablenken könne. Er macht den Strafvollzug und dessen Organe für eine verhängnisvolle Entwicklung seines Geschlechtstriebes verantwortlich. Er verfalle einem allgemeinen Menschenhaß. Er habe das Recht, »vom Staate eine Erziehung

Digitized by Google

zu verlangen, welche durch meine Strafe, die ich bekommen habe, auch dahin geht, daß ich als ein brauchbarer Mensch entlassen werde«. Dabei beruft er sich auf Dr. *Magnus Hirschfeld*, übt Kritik an dem Verhalten des Gefängnisarztes und sagt schließlich: »Ich bin heute von so einer Rachsucht und Verbitterung versessen, daß ich meine Zelle in einen sexualmörderischen Raum verwandeln könnte. Und nicht genug damit, sondern diese Opfer könnten mir noch als einzige Nahrung dienen. Meine Zelleneinrichtung, ist ja schon ein Beweis, mit welchen Gedanken ich mich befasse, da ich meine Befriedigung, mag sie die Art und die Indresse sein, nach jeder Richtung hin, dahin lenke, indem ich meine sexualmörderische Bildergallerie aufsetze. Dieser träumerische Zustand und diese Gedankenphantasie kann nur noch durch ein Mitempfinden geheilt werden und nicht wie es Herr Medizinalrat für angebracht hielt, indem er meine Klagen mit einer übertriebenen Ansicht abtut.... Wenn Kürten früher mal in einer Anstalt zum Ausdruck gebracht hätte, daß er in einer mörderischen gegebenenfalls sadistischen Gedankenwelt hineingezogen wurde, da wäre es wohl bestimmt ebenfalls mit einer Übertreibung abgetan gewesen.... Nur hätte er (Kürten) seine Opfer in zerstückelter Weise jeden Anstaltsarzt zuschicken müssen mit den angebrachten Vermerk: Die Bevölkerung verlangt Rechenschaft von euch für das, was ich getan habe. Denn diese Ärzte und ihre mit anschließenden Beamten sind ja nur daran schuld. Daß es solche krankhafte Menschen gibt, und daß solche noch durch ihr Verhalten erzogen werden.« Schließlich bittet er nochmals um Versetzung in eine kleinere Strafanstalt, wo er einer Beschäftigung als Hausgärtner nachgehen könne.

Ende August 1930 fand der stellvertretende Abteilungsleiter gelegentlich einer Kontrolle in Maurers Zelle mehrere Tafeln mit zahlreichen Bildern, die sexuelle Perversitäten darstellen sollten. Hierbei handelte es sich vorwiegend um aus Zeitschriften und Zeitungen herausgeschnittene, an sich harmlose Abbildungen bekannter Persönlichkeiten, die durch handschriftliche Bemerkungen Maurers eine sexuelle Deutung fast ausschließlich in sadistischem Sinne bekommen haben. Z. B.: Abbildung des österreichischen Heimwehrführers Fürsten Starhemberg und einer alten Dame; darunter hat Maurer geschrieben: »Ein Mörder, der die Neigung besaß, greise Frauen durch Abschneiden der Brüste seine Befriedigung zu finden.« Unter dem Bild der Königin von Rumänien mit ihrem Knaben: »Die Tränen stehen ihr nahe, da ihr Kind einem Mörder zum Opfer viel. Das zerstückelt im Walde lag.« Unter einem ganz harmlosen Bild, welches vier junge Männer und drei junge Mädchen in einer Jacht darstellt: »Vier Massenmörder, die im Jahre 1925 Ihr Opfer auf einen Kahn lockten und dort grausam verstümmelten!« — An sehr zahlreichen Frauenbildern sind die Brüste im Bild abgehoben und nach unten geklappt. Zahlreiche Bilder nackter Frauen sind mit Blut beschmiert. Eine sitzende nackte Frauengestalt ist mit aufgeschlitzter Brust und Bauchhöhle dargestellt. Zu alledem blutrünstige Unterschriften.

Endlich finden sich in einer Mappe zahlreiche auf Sittlichkeitsverbrechen und Mordtaten bezügliche Zeitungsausschnitte.

Offenbar handelt es sich hier um die Bilder, von denen Maurer in einer oben angeführten Eingabe als von seiner »Sexualmörderischen Bildergallerie« spricht.

Am 9. November 1930 schrieb der zu Begutachtende aus der Gefangenenanstalt B. einen Brief an Kürten, den Düsseldorfer Mörder, gegen den damals noch das Strafverfahren schwebte, Maurer spricht den Kürten darin als seinen

Digitized by Google

lieben Freund Kürten an, versichert ihm seine Sympathie und äußert die Meinung, daß Sexualverbrechen letzten Endes auf die Sexualnot der Gefangenen und deren falsche Behandlung zurückzuführen seien. Er, Maurer, könne sich der allgemeinen Verdammung Kürtens nicht anschließen. »Ich stehe heute noch keiner geschehenen Tat gegenüber, aber verstehen kann ich dieselbige, um die Annahme zu haben, daß die Verdammung die Du heute spüren mußt nur von solchen Menschen gesprochen wird, die noch keinen Einblick in das Seelenleben und Traumleben eines Sexualgefangenen bekommen haben. Denn wenn dieselbige Annahme von mir vorhanden wäre, dann würde die Bürgerlichegesellschaft erkennen müssen, daß unter der schweren Gemütsdepressionen leidende Sexualveranlagte eine andere Behandlung zuteil käme, als wie die der Verachtung. . . . Der Mensch, der mich Behandeln will, will nur die Vorteile für dem Staate, aber nicht die Vorteile, die meiner Gesundheit zukommen müßte. . . . Bedenke lieber Freund, daß das Los Deines Schreibers Dir bekreiflich erscheinen muß, wenn ich Dir schreibe, daß Du Dich glücklicher fühlen kannst, da meine Phantasietätigkeit unterbrochen wie der Herzschlag eines Menschen arbeitet und mir nur die Traumphantasie in den Qualvollenstunden das vorgaukelt, was Dir die Befriedigung Deines Lebens bis zur Festnahme gab.« Maurer sagt dann noch im gleichen Schreiben an Kürten, er, Maurer, sei für seine Tat und für seine Natur nicht verantwortlich zu machen und schließlich: »Lieber will ich durch dem Weibe ein Vambier werden, als daß ich die Laufbahn eines Wahnsinnigen teilen muß.«

In den in B. und A. verfaßten Schriftstücken hat sich Maurer auch vielfach über sein Sexualleben und dessen Entwicklung ausgesprochen. In einem am 16. September 1930 verfaßten Lebenslauf sagt er, mit 14 Jahren sei er ganz von selbst zum ersten Male zur Masturbation gekommen, die er bis zum 16. Lebensjahre fortgeführt habe. Schon als Kind habe er beim Baden eine große Vorliebe für die nackten Körper der Kinder empfunden. In R. sei er sehr schlecht behandelt und viel geschlagen worden, ebenso bei dem Gärtnereibesitzer, zu dem man ihn im Jahre 1920 in die Lehre gegeben habe. Dort habe er angefangen, nun seinerseits die Kinder seines Meisters zu schlagen, wobei er eines Tages eine Erektion bekommen habe. Vom 16. Jahre an habe er mit Mädchen verkehrt, und zwar habe er mit Vorliebe sich in deren Brüste eingebissen. Bei dieser Handlung sei es zu Ejakulation gekommen ohne Immissio. Der natürliche Geschlechtsverkehr habe ihn an sich nicht befriedigt. Vielfach habe er die Mädchen auch geschlagen. In diesem Lebenslauf sagt er u. a. ferner: »Einmal bin ich einen ganzen Sonntag und zwar in X. (W. war dort von 1920 bis 1923) in einem berauschten Zustande, das heißt durch innere Aufregungstriebe herumgelaufen und noch mit dem aufgespannten Messer, um das Mädel grausam zu zerstückeln, Welchen Anlaß ich dazu hatte, ist nicht zu sagen. Sondern es war ein reiner Gedankenweg, auf den ich damals mein Leben aufbauen wollte.« (Es sei gleich hier bemerkt, daß auf Vorhalten dieser Sätze Maurer mir erklärt hat, er habe damals sich im Zustand der Eifersucht befunden; dieser ganze Lebenslauf sei von ihm in einem abnormen Zustande in der Haft geschrieben worden.)

Wie oben bereits erwähnt wurde, ist Maurer seit 7. September 1929 ununterbrochen in Haft. In dem Lebenslauf bemerkt er, daß er während der bis Dezember 1929 dauernden Strafverbüßung in H. keine sexuellen Anfechtungen zu erdulden gehabt habe, daß diese vielmehr erst dann in B. in der Untersuchungshaft über ihn gekommen seien. Dort habe er viel mastur-

Digitized by Google

biert. Eines Tages habe er an seine Brust gegriffen und dabei eine Erektion bemerkt. Dabei sei ihm der Gedanke gekommen, sein Messer am Trinkkrug zu schärfen und sich damit in die Brust zu schneiden. Dies habe er getan und dabei eine Ejakulation gehabt. Er habe das dann öfter wiederholt und sei nun vollständig der Masturbation verfallen. »Dieser träumerische Zustand, in den ich mich dadurch versetzen kann, ermöglicht es meine Gedankenbahn auf meine Bilderserien zu setzen. Durch diese Bilder, welche nur Mädels sind, kann ich in einen direkten Blutrausch kommen, wo ich dann mir die Brust aufschneide und ebenfalls die Brüste der Mädels auf den Bildern ausschneide und mit meinem Blute bestreiche. Ob mich die Gefängnishaft soweit gebracht hat oder ob ich erblich schwer belastet bin, da ich öfters unter diesen gefährlichen Gemütsdepressionen leide, daß vermöge ich nicht zu sagen. Was mir aber erst blühen mag, wenn die Entlassung, nach der ich mich überhaubt nicht sehne, dasein mag, das vermag ich nur schaudernt zu ahnen. Am liebsten befinde ich mich, wenn ich keinen Menschen sehe, und nur das habe, was mir die Traumphantasie in den qualvollen Nächten vorzaubert. Und das ist nur daß, da ich von allem Sexualen Beeinflussung der Liebe fern und abgeschlossen bin und doch sehne ich mich nicht hinaus in die Freiheit, da ich nur zu gut ahne, was dort auf mich wartet.«

In diesem in B. geschriebenen Lebenslauf erklärt der zu Begutachtende u. a. auch, daß er eigentlich den Wunsch gehabt habe, Barbier zu werden, »weil ich damals als Kind glaubte, daß ich bei den Beruf wenigstens an den Menschen rumdasten könnte«.

In einem Brief vom 3. November 1930 hebt Maurer hervor, daß er nun durch eine 14monatige Gefängnishaft so weit gekommen sei, eine Kastration an sich vorzuschlagen. Seine Mutter müßte wahnsinnig werden, wenn sie dies erfahren sollte. Aber ohne Kastration würde wohl eine Abhilfe nicht möglich sein.

Am 24. April 1931 wurde, wie bereits erwähnt, Maurer von B. nach der Strafanstalt A. übergeführt, weil es dort nach Lage der örtlichen Verhältnisse besser möglich war, ihn im Freien zu beschäftigen. Auch in A. hat er, wie zuvor schon in B., immerwährend Schwierigkeiten verursacht. U. a. wird darüber geklagt, daß er Mitgefangene aufhetze, daß er sich aufspiele, daß er sich rühme, unter besonderem Schutz des Gefangenenfürsorgers zu stehen; daß er unverträglich mit Mitgefangenen sei; daß er immerfort Wünsche zu äußern habe. In einem Schreiben an das Justizministerium vom April 1931 fragt er u. a.: »Oder sollen erst Taten folgen wie bei einem Großmann und Kürten? ehe einen hilflosen Menschen Gerechtigkeit zuteil wird ... Damit frage ich an welches Recht der Anstalt zusteht, mit einen krankhaften veranlagten Menschen eine Lügenhafte sowie schikanike Politik mit ihnen zubetreiben.« Weiter droht er in diesem Schreiben mit der Öffentlichkeit, erklärt, daß er einer schweren Haftpsychose entgegengehe, und ruft schließlich aus: »Denn ehe ich weiter meine Strafe unter dieser qualvollen Folter verbringe, ohne daß eine Kastration oder eine andere Behandlung erfolgt. Dann ersehne ich schon heute den Tag, den Tag! Wo die Schärfe des Beiles auf meinen Haupte niederschmettern soll, ein Jahrzehnt früher herbei.«

Im April 1931 verweigerte Maurer einmal vorübergehend die Nahrung, ein andermal die Arbeit. Unterm 28. April 1931 bemerkt Amtmann E. zu den Akten: Maurer mache ihm einen psychisch gestörten Eindruck (Haftpsychose?). Auch wird in den Akten mehrfach darauf hingewiesen, daß der Anblick weib-

Digitized by Google

licher Personen Maurer sehr errege. Gelegentlich droht er auch im Affekt in brutalen Worten mit Gewalthandlungen, ohne aber, soweit die Akten erkennen lassen, eine solche zu begehen.

In den in den Strafanstalten B. und A. ergangenen Akten befinden sich auch verschiedene Beurteilungen Maurers durch Ärzte, Beamte und Gefangenenfürsorger dieser Anstalten, welche sich offenbar alle des Falles mit großer Sorgfalt angenommen haben. Gefangenenfürsorger Dr. H. hat sich mehrmals besonders eingehend gutachtlich über ihn geäußert. Er weist auf Maurers asoziale Veranlagung hin, auf seine starke Kriminalität, auf das mehrfache Hervortreten des Deliktes der Erpressung, auf seine sexuellen Anomalien, auf seine Sucht zum Lügen, aber auch zum Sich-interessant machen. Dr. H. bezeichnet Maurer als einen erblich belasteten Psychopathen mit vagabundierenden Zügen und erheblichen charakterlichen Defekten. Den ganzen Tag über beschäftige sich Maurer lediglich mit sexuellen Phantasien. Alle Vorschläge, sich durch Arbeit, Lektüre, Beteiligung am Turnen abzulenken, lehne er ab, da seine Triebe zu solcher Ablenkung zu stark seien. In diesem ersten Gutachten vom 4. Oktober 1930 weist Dr. H. auch darauf hin, daß Maurer seine psychische Abart nach außen hin mit Absicht besonders verstärke; er wolle als interessanter Fall erscheinen, in falsch gerichtetem Geltungsstreben die Blicke von Mitgefangenen und Beamten auf sich gerichtet sehen. Wenn er wirklich sich dem Schicksal eines Mörders ausgeliefert sähe — meint Dr. H. —, so würde Maurer alle Vorschläge zu einer Linderung seines Triebes annehmen, während er sich bewußt hiergegen stemme. Im übrigen würde ein Mensch, der sich ernstlich mit dem Gedanken trüge, später lustmörderische Pläne zu realisieren, auch nicht so viel von sich und seinem Vorhaben reden und schreiben. Dr. H. schlägt schließlich vor, zur Erörterung des Falles Maurer das sexualwissenschaftliche Institut in Berlin mit heranzuziehen.

In einem zweiten Gutachten vom 23. Februar 1931 hebt Dr. H. erneut Maurers Neigung hervor, die Schilderung seiner Leiden zu übertreiben und sich zu einem interessanten Fall zu machen, sich auf diese Weise Vorteile zu verschaffen, besonders vorzeitige Entlassung zu erreichen. Gleichwohl müsse doch bedacht werden, daß er sexualpathologische Eigenschaften wirklich habe, und es liege die Befürchtung nahe, er werde einmal eine der Gewalttaten begehen, von denen er immer spreche und schreibe. Der Strafvollzug könne nicht die Verantwortung übernehmen, einen Menschen wie Maurer nach Ablauf seiner Strafe in die Freiheit zu entlassen. Zu einer Sicherungsverwahrung fehlten noch die gesetzlichen Möglichkeiten, daher kämen nur therapeutische Maßnahmen in Frage. Von Psychotherapie sei bei seiner Eigenart nicht viel zu erwarten. Dagegen käme die Kastration wohl in Frage. Maurer dürfe wohl zu den ganz wenigen Fällen gerechnet werden, bei denen ein so schwerer und in seiner Wirkung noch nicht völlig sicherer Eingriff zu verantworten sei.

Unterm 1. April 1931 hat dann Dr. H. noch erklärt, eine systematische psychische Behandlung Maurers sei so gut wie ausgeschlossen; er sei viel zu egozentrisch, amoralisch und gemütsarm, um für eine wirkungsvolle fürsorgerische Betreuung ansprechbar zu sein.

Aus einem Aktenvermerk des Arztes der Gefangenenanstalt zu B., Dr. Y., vom 4. März 1931 ist zu ersehen, daß ihn dieser Arzt nicht für geisteskrank hält.

Dr. med. Z. in A. äußerte sich am 30. April 1931 dahin: wenn auch vieles an Maurers Angaben Übertreibung sein möge und Sucht, sich interessant zu

Digitized by Google

machen, so sei die Möglichkeit eines Sexualverbrechens doch nicht auszuschließen.

Amtmann E. bezeichnet Maurer am 10. Juli 1931 für psychisch sehr gefährdet; er sei auf dem Wege, Sexualverbrecher größten Formats zu werden. Kurz nachher fragt der gleiche Beamte, wo so ein Mensch am besten unterzubringen sei; disziplinell gehöre er in Einzelhaft, psychisch sei das nicht möglich, also blieben derartige Leute die ständige Beunruhigung der Gemeinschaftshaft.

Auch fernerhin wird in den Niederschriften aus A. bemerkt, daß Maurer unleidlich, unverträglich, sprunghaft und unstet sei. Amtmann E. hat dann nochmals die Befürchtung ausgesprochen, daß Maurer bei seiner Labilität und seiner stark perversen Veranlagung sich sogar zum Sexualverbrecher entwickeln könne. Bei seiner Neigung zum Vagabundieren und seiner völligen Haltlosigkeit bestünden für seine Zukunft die schwersten Bedenken, und er gehöre in Dauerverwahrung.

Amtmann Dr. U. in B. hat nach eingehender Beschäftigung mit dem zu Begutachtenden zu den Akten erklärt, die Meinung Dr. Y.s, — daß nämlich Maurer zu feige sei, um seine sexuellen Phantasien zu verwirklichen — teile er nicht. Seiner Überzeugung nach müsse Maurer im Interesse der Sicherung der Gesellschaft so lange wie möglich der Freiheit ferngehalten werden.

Maurer hat nun noch seiner Angabe nach in den Strafanstalten B. und A. ein »Tagebuch« geführt. Dasselbe enthält von seiner Hand zahlreiche Aufsätze und Gedichte. Offenbar und wie Maurer auch bestätigt, handelt es sich zum größten Teil um abgeschriebene Gedichte und Abschriften oder Exzerpte aus Zeitungsberichten. Was den Inhalt anlangt, so sind es Betrachtungen über Liebe und Ehe, Abschriften aus einem Zeitungsbericht über einen Kongreß für Psychoanalyse, namentlich über die Beziehungen der Geschlechter. Ein Aufsatz handelt von dem Mißtrauen der Geschlechter und gibt anscheinend zum großen Teil Gedanken aus jener Tagung wieder. Ein anderer Aufsatz handelt von Kinderwünschen und ihrer Erfüllung, vom Liebesproblem der heutigen Frauengeneration. Fast alle diese Aufsätze und Gedichte haben also Liebe und sexuelle Beziehungen zum Gegenstand.

Die Akten enthalten keine Anhaltspunkte dafür, daß Maurer bei der Verbüßung früherer Straftaten ähnliche Erscheinungen geboten hat wie jetzt. Es ist dabei zu bedenken, daß die jetzt von ihm verbüßte Freiheitsstrafe an Dauer um ein Vielfaches die Dauer früherer Gefängnisstrafen übersteigt. Die längste frühere Freiheitsstrafe betrug 4 Monate 2 Wochen. Maurer hat sie zum Teil in D., zum Teil in der Gefangenenanstalt E. verbüßt. In Aktennotizen von 1924 wird er als sehr faul und unangemessen auftretend bezeichnend. Er behauptete mehrfach vervenkrank zu sein. Auch 1925 saß Maurer eine 14tägige Gefängnisstrafe ab, ohne daß die Akten irgend eine Notiz über sein Verhalten enthielten. Das gleiche gilt von einem Aufenthalt in der Gefangenenanstalt D. von August bis November 1926 sowie von einer mehrmonatigen Strafverbüßung im Jahre 1927.

Am ..... wurde Maurer zur Vorbereitung dieses Gutachtens in die Anstalt zu ..... aufgenommen.

Der zu Begutachtende war hier immer klar und ließ, um dies gleich vorwegzunehmen, Erscheinungen einer Psychose nicht erkennen.

Mußte er einerseits als noch im Strafvollzug befindlich gut beaufsichtigt werden, so war es doch im Interesse der klinischen Beobachtung und zur

Digitized by Google

Klärung der Frage seiner psychotherapeutischen Beeinflußbarkeit nötig, ihn unter verhältnismäßig günstige äußere Bedingungen zu versetzen. Maurer war in einer geschlossenen Station untergebracht und bewohnte da ein besonderes Zimmer. Er wurde weiter dazu angehalten, jeden Tag mehrere Stunden in einem geschlossenen Garten und unter Aufsicht eines besonderen Pflegers schwerere körperliche Arbeit zu verrichten, die meist in Holzsägen bestand. Gärtnerische Arbeiten lehnte er ab. In den letzten Wochen seines Anstalts-Aufenthaltes durfte er sich außerdem, immer unter Begleitung eines besonderen Pflegers, im Anstaltspark ergehen. Einen Fluchtversuch hat er nie gemacht, auch keine Neigung dazu an den Tag gelegt.

Mir gegenüber war er immer zugänglich. Doch trat in seinem ganzen Verhalten eine deutliche Neigung zu Stimmungswechsel hervor, der nicht immer durch äußere Umstände begründet erschien. Zeitweise war er freundlich, gut gelaunt, zu anderen Zeiten mißgestimmt, nörgelnd. Stets aber zeigte er sich außerordentlich empfindlich und reizbar. Zudem war er immer anspruchsvoll, zu Forderungen geneigt. Wenn irgend etwas nicht nach seinem Willen ging, wurde er den Pflegern gegenüber sehr ausfällig, hat auch bei solchen Gelegenheiten öfters mit Gewalttätigkeiten gedroht, ohne sich aber je zu einer solchen hinreißen zu lassen. Seine Arbeit verrichtete er nicht immer mit gleichmäßiger Lust. Manchmal war er fleißig, zu anderen Zeiten wieder träge. Nicht selten weigerte er sich auch zur Arbeit zu gehen. An Spielen beteiligte er sich regelmäßig und verlangte immerwährend Lektüre, und zwar bat er um Bücher erotischen Inhalts, indem er erklärte, daß ihm nur an solcher Lektüre liege. Es machte ziemliche Schwierigkeiten, ihn davon zu überzeugen, daß im Gegenteil spannend geschriebene Bücher andern Inhalts für ihn unbedingt nötig seien.

Sehr auffallend war die auch von Pflegern in ihren täglichen Berichten wiederholt hervorgehobene und durch Beispiele belegte Neigung, Maurers, sich in seinen Erzählungen aus seinem Leben in Widersprüche zu verwickeln. So machte er den Pflegern gegenüber zu verschiedenen Zeiten ganz widersprechende Angaben über die pekuniäre Lage seiner Mutter. Einmal erzählte er einem Pfleger, sein Vater sei Offizier gewesen. Ganz offensichtlich renommierte er gern, wie überhaupt Eitelkeit eine sehr ausgesprochene Eigenschaft von ihm ist.

Die erwähnte Neigung zu Widersprüchen trat namentlich auch in Maurers zu verschiedenen Zeiten gemachten Angaben über sein Sexualleben in die Erscheinung. Sicher muß man auch alle seine Äußerungen über sich selbst mit großer Vorsicht aufnehmen.

Über seine Gesundheitsverhältnisse gab er an, er habe nie nennenswerte körperliche Krankheiten gehabt, dagegen öfters an Schwindelanfällen gelitten, bei denen er jedoch nicht hingefallen sei.

Seine Schilderung seines Lebensganges läßt erkennen, daß Maurer jede Einsicht in seine persönlichen Mängel fehlt. Für alle seine Entgleisungen gibt er die Schuld den äußeren Verhältnissen oder anderen Menschen. Nie gesteht er Fehler ein. Er stellt sich als Opfer schlechter Behandlung in der Erziehungsanstalt R. dar, wo er von früh bis abends erbarmungslos geschlagen worden sei. So sei er verbittert worden. Offenkundig steht er bei dieser Stellungnahme zu seinen kriminellen Handlungen unter dem Einfluß von Schriften, die den Verbrecher als Opfer der menschlichen Gesellschaft hinstellen und seine Verbrechen auf angeblich verständlichen und wohlbegründeten Haß gegen dieselbe

Digitized by Google

zurückführen. Sein wechselvolles Leben erklärt er einfach aus Ärger darüber, daß seine Mutter seinerzeit seine Unterbringung in die Erziehungsanstalt zugegeben habe. Deshalb habe er es auch in den letzten Jahren nicht bei ihr zu Hause ausgehalten. Dabei stellt er sonst seine Beziehungen zu seiner Mutter immer als sehr gut hin. Vielfach sei er auch durch andere angestiftet worden. Für das Verwerfliche seiner Erpressungen fehlt ihm offenbar auch jedes Gefühl. Auch in diesen Fällen stellt er seine Opfer immer als die Schuldigen hin. Im übrigen habe er hierbei auch aus Not gehandelt.

Dem Alkoholmißbrauch habe er nicht regelmäßig, wohl aber gelegentlich gehuldigt. Er habe immer sehr viel vertragen können. 20 Glas Bier und mehr hätten ihm nicht geschadet. Der Alkoholgenuß habe ihn weder geschlechtlich besonders erregt, noch sei er sonst in abnorme Zustände dadurch geraten. Lediglich die Neigung, für andere zu zahlen habe er, wenn er viel trinke. Lebensüberdruß sei ihm nur in der Strafanstalt B. angekommen.

Während er bei der Verbüßung früherer Freiheitsstrafen seelisch und in geschlechtlicher Beziehung nicht nennenswert gelitten habe, sei dies bei der letzten großen Strafe anders geworden. Nachdem er über 3 Monate ziemlich unangefochten im Gefängnis zu H. gelebt habe, habe sich seiner dann in B. eine starke geschlechtliche Erregung bemächtigt, von der er ähnliche Schilderungen wie in seinen oben erwähnten schriftlichen Äußerungen macht. Er gibt auch jetzt lebhafte geschlechtliche Erregbarkeit zu und bestätigt nach wie vor, daß das Sexuelle sein ganzes Vorstellungsleben stark beherrscht, daß er von jeher mit gewissen sadistischen Neigungen behaftet sei. Doch behauptet er jetzt, er sei durch die lange Haft und durch angeblich falsche Behandlung in B. in einen seelisch krankhaften Zustand geraten, und seine wüsten geschlechtlichen Phantasien seien nur eine Folge hiervon. Nur so könne er sich seinen Brief an Kürten erklären, den er jetzt gar nicht mehr verstehe, nur so die Bildersammlung und die übrigen sadistischen Ausschweifungen seiner Phantasie. Den ganzen Tag sei er in B. schließlich wie wahnsinnig, wie nicht mehr zurechnungsfähig gewesen. Er sei den ganzen Tag über in seiner Zelle umhergestürzt, habe keinen klaren Gedanken und schwere Gemütsdepressionen gehabt, so daß ihm eine klare Erinnerung an diese Zeit fehle. Dabei betont er aber immer wieder stark das Verschulden der Organe des Strafvollzugs.

Maurer hat während der psychiatrischen Beobachtung objektiv Zeichen sexueller Erregung nicht wahrnehmen lassen, doch hat er auf Befragen stets angegeben, daß seine Gedanken auch hier vorwiegend auf diesem Gebiete weilen. In den letzten Wochen seines Anstaltsaufenthaltes, während deren er in Begleitung eines Pflegers Spaziergänge im Anstaltspark machte, hatte er Gelegenheit, von dort aus weibliche Personen zu sehen, zumal auch einige Pflegerinnen in dem Park mit Aufsichtsdienst zu verrichten haben. Nach Bericht der ihn begleitenden Pfleger ist Maurer gern in deren Nähe gegangen, hat sich auch mit ihnen öfters unterhalten und dabei durch Wechsel der Gesichtsfarbe öfters eine gewisse innere Erregung verraten. Sonst ist es aber zu irgendwelchen Unzuträglichkeiten nicht gekommen. Im übrigen läßt Maurer in der Art, wie er über sein Sexualleben spricht, Regungen eines Schamgefühls oder auch nur ein Bewußtsein dafür vermissen, welche verhängnisvolle Rolle die Sexualität bei ihm spielt und daß er allen Anlaß hat, sich auf diesem Gebiete die größten Hemmungen aufzuerlegen. Er behauptete die feste Überzeugung zu haben, daß er Sittlichkeitsverbrechen nicht begehen werde.

Digitized by Google

Die Unzuverlässigkeit aller seiner Aussagen zeigte sich gerade auch bei den Bekundungen über sein Sexualleben. Im Gegensatz zu seinen anderwärts gemachten Angaben erklärte er, als Knabe nicht masturbiert zu haben. Als er davon sprach, daß er sich später verheiraten wolle und sich davon einen günstigen Einfluß auf seine Persönlichkeit und Lebensführung verspreche, versicherte er gegenüber den ärztlicherseits hiergegen gemachten Einwendungen u. a., daß er einer Frau unbedingt treu sein werde, wie er auch bisher jeweils dem Mädchen, mit dem er Beziehungen gehabt habe, immer die Treue gehalten habe. Einem Pfleger hat er aber erzählt, er habe sehr viel Verhältnisse mit Mädchen gehabt, oftmals mit zweien und dreien. Homosexuelle Neigungen will er nie gehabt haben. Es flösse ihm selbst Abscheu ein, daß er sich zu solchen Handlungen habe gebrauchen lassen, doch sei das nur unter dem Einfluß von Verführung und auch von pekuniärer Not geschehen. Über den Beginn seiner masochistischen Neigungen hat er, abweichend von seiner schriftlichen Erklärung, angegeben: Er habe sich z. B. einmal zufällig eine »Blüte« an der Brust mit dem Messer entfernen wollen, ohne dabei primär sexuell erregt gewesen zu sein; als dabei Blut kam, sei eine Erektion aufgetreten. Von da an habe er sich immer beim Masturbieren mit dem Messer an der Brust verletzt. Einmal habe ihn hierbei nachts ein Beamter überrascht.

Im Einklang mit seiner Einsichtslosigkeit gegenüber den Ursachen seines bisherigen kriminellen Verhaltens steht der Optimismus, mit welchem Maurer der Zukunft entgegensieht. Er zweifelt nicht daran, daß er sich künftig aller Straftaten enthalten werde. Seine Mutter und sein künftiger Stiefvater würden sehr zu ihm halten. Er werde durch Vermittlung eines D.er Stadtrates sicher eine Gartenarbeiterstellung dort bekommen. Denn er müsse Arbeit haben, die mit einer gewissen Bewegung, nicht mit Stillsitzen verbunden sei. Vor allen Dingen wolle er aber sobald als möglich heiraten. Eines Tages legte er mir den Entwurf einer Heiratsannonce vor und fragte, ob er dieselbe nicht in eine Zeitung setzen lassen könne, damit jetzt schon die künftige Heirat angebahnt werden könne. Immer betont er, daß, wenn er ein geregeltes Sexualleben haben werde, das die beste Sicherung gegen sexuelle Abwegigkeiten seinerseits sein werde.

Den Gedanken einer Kastration hat Maurer während der Beobachtung von sich aus nie ausgesprochen. Als man schließlich ärztlicherseits hierauf zu sprechen kam, erklärte er, nachdem er sich jetzt sexuell so beruhigt habe und von den Ausschweifungen seiner Phantasie zurückgekommen sei, bestehe eigentlich für ihn kein Anlaß zu jenem Eingriff. Den eindringlichen ärztlichen Vorstellungen über die bedenkliche Rolle, die der Geschlechtstrieb auch im günstigsten Falle in seinem Leben spielen werde, zeigte sich Maurer nicht vollkommen unzulänglich. Er bat um nähere Erklärungen über die Kastration und ihre Wirkungen, und es wurden ihm hierüber auch sehr eingehende Belehrungen zuteil. Bei allen diesen Hinweisen wurde er deutlich nachdenklich und hat jedenfalls eine endgültig ablehnende Haltung in der Frage der Kastration nicht eingenommen. Nur betonte er, daß er seine Zustimmung keinesfalls unter einem Zwang geben werde.

Ärztlicherseits wurde namentlich in der letzten Zeit seines Anstaltsaufenthaltes versucht, Maurer zum Verständnis für alle seine persönlichen Mängel zu bringen. In Anbetracht seiner sehr ausgesprochenen Neigung, sich hemmungslos seinen geschlechtlichen Erregungen zu überlassen und die Schuld an allen seinen Entgleisungen und Schwierigkeiten anderen in die Schuhe

Digitized by Google

zu schieben, wurde er immer wieder darauf hingewiesen, daß er vor allen Dingen die Pflicht habe, sich Hemmungen aufzuerlegen, und daß sein weiteres Schicksal allein von ihm abhänge, er auch namentlich für sein sexuelles Handeln voll verantwortlich sei. Weiter wurde Maurer immer wieder hingewiesen auf seine große Empfindlichkeit, seine egozentrische Einstellung, auf seine Unstetheit und seinen Stimmungswechsel, endlich auf seine Neigung, die Schuld immer bei anderen zu suchen und nicht bei sich. Die Gefahren, die auch aus allen diesen Eigenschaften ihm drohen, wurden ihm eindringlich vor Augen geführt. Dabei wurde natürlich versucht, die Überzeugung in ihm zu erwecken, daß er, wenn er alle Ratschläge befolge und ordentlich an sich arbeite, durchaus imstande sein werde, strafbarer Handlungen, in welcher Richtung auch immer es sei, sich künftig zu enthalten und daß davon ja sein ganzes Lebensglück abhänge. Endlich wurde ihm oft dringend geraten, sich nach seiner Entlassung aus dem Strafvollzug dauernd unter Aufsicht geeigneter Berater zu stellen, da er einer derartigen laufenden Beeinflussung unbedingt bedürfe. Das Letztere hat er bestimmt versprochen und sich auch die übrigen Vorhaltungen immer angehört. Freilich darf man sich darüber keiner Täuschung hingeben, daß fehlendes Verantwortungs- und Schuldgefühl, seine Gefühlskälte und seine auf Genuß und Ansprüche, — nicht auf Leistung und Einfügung in den sozialen Organismus gestellte Sinnesart einen wenig günstigen Boden für seelische Beeinflussung und erzieherische Arbeit bieten. Allerdings ist nicht zu verkennen, daß ungeachtet seiner auch hier vorgebrachten Klagen über Beschwerden durch sexuelle Erregungen unter dem Einflusse des in einer Heilanstalt gegenüber der Strafanstalt herrschenden milderen Regimes eine erhebliche sexuelle Entspannung eingetreten war. Wieviel von diesem Erfolg auf das Konto der in Form der Verbalsuggestion und aufklärenden Belehrung geübten Psychotherapie zu buchen ist, bleibe dahingestellt.

Sein ganzes Verhalten in der Anstalt ließ darüber keinen Zweifel bestehen, daß Maurer mit der Hoffnung dorthin gekommen war, auf Grund eines ärztlichen Gutachtens Begnadigung oder wenigstens Bewährungsfrist zu erreichen. Als er aus den ärztlichen Äußerungen zu der Überzeugung kam, daß er sich hierin täuschen werde, daß er vielmehr wieder in den Strafvollzug zurück müsse, trat seine Enttäuschung hierüber sehr deutlich hervor.

Die körperliche Untersuchung Maurers hat, abgesehen von einer gesteigerten Erregbarkeit des Herzens, nennenswerte Abweichungen nicht ergeben.

Beurteilung. Die Beobachtung in der Anstalt hat ebensowenig wie die ärztliche Beobachtung in den Strafanstalten B. und A. Zeichen einer Geisteskrankheit bei Maurer erkennen lassen.

Es liegt auch kein angeborener Schwachsinn vor. In Anbetracht seiner Schulbildung und seiner Lebensverhältnisse kann man nicht sagen, daß Maurers intellektuelle Leistungen in nennenswertem Maße unter der Norm lägen.

An seinen Schriftstücken fällt vielfach eine geschraubte Ausdrucksweise auf, die aber nach Lage der Dinge lediglich darauf zurückzuführen sein wird, daß hier ein Ungebildeter, in der schriftlichen Äußerung Ungewandter, der mancherlei über seinen Horizont gehende Dinge gelesen hat, daraus vielfach Ausdrücke und Wendungen gebraucht.

Nach dem Ergebnis der Beobachtung und nach allem, was wir über Maurers Vorgeschichte wissen, ist er ein von Haus aus charakterlich minderwertiger Mensch: haltlos, ohne Wahrheitsliebe, in seinen Aussagen und seiner Gesinnung unzuverlässig, unstet, reizbar und empfindlich, in seinem Stim-

Digitized by Google

mungsleben labil und schwankend, dabei gefühlskalt, egoistisch, von sich eingenommen. Diese Veranlagung bringt es mit sich, daß er auch kein Pflichtgefühl hat.

Bei solcher Veranlagung ist es ferner verständlich, daß er sehr zeitig, nämlich schon im frühen Knabenalter im Leben gescheitert ist sowie daß er, aus der Lehre und aus der unmittelbaren Obhut seines Lehrmeisters entlassen und auf sich gestellt, sofort straffällig wurde. Jedes Jahr hat er seitdem strafbare Handlungen verübt und hat so bereits eine im Verhältnis zu der kurzen Zeit seiner selbständigen Lebensführung und zu seinem jugendlichen Alter erhebliche Zahl Strafen erlitten. Es handelte sich vorwiegend um Eigentumsdelikte, dreimal um Erpressung, während eigentliche Affektvergehen nicht darunter sind und auch sonst eine Neigung zu Gewalttätigkeiten bei Maurer noch nicht in die Erscheinung getreten ist.

Veranlagungen wie die Maurers findet man erfahrungsgemäß sehr häufig bei Gewohnheitsverbrechern. Solche Menschen mit ihrer gesteigerten Erregbarkeit und seelischen Labilität machen sehr oft auch Schwierigkeiten im Strafvollzug. In extremen Fällen kann es bei ihnen zu ausgeprägten Haftpsychosen kommen. Maurer selbst hat solche Schwierigkeiten anscheinend erst bei der letzten Verbüßung gemacht, bei der es sich um eine für ihn bisher ungewöhnlich lange Freiheitsstrafe handelt. Seine Labilität und Reizbarkeit hat ihn veranlaßt, mit häufigen Beschwerden hervorzutreten, die sich aber offenbar im Allgemeinen nicht über das Maß dessen erhoben haben, was man nicht selten im Strafvollzug bei solchen labilen Verbrechern beobachtet, wenn auch einige Male von den Strafanstaltsbeamten an die Möglichkeit einer Haftpsychose gedacht worden ist.

Dagegen ist Maurer in hohem Grade auffällig und schwierig geworden durch sein sexuelles Verhalten im letzten Strafvollzug. Er selbst behauptet, daß sein Geschlechtstrieb besonders stark entwickelt sei. Es mag dahingestellt sein, ob das richtig ist. Außer Zweifel steht, daß Maurer in keiner Weise hemmend auf die Regungen seines Geschlechtstriebes einwirkt, daß er vielmehr demselben in seiner Phantasie zügellose Auswirkung gestattet. Dagegen muß man in qualitativer Hinsicht eine sexuelle Anomalie bei ihm mit Bestimmtheit annehmen, die objektiv bewiesen wird durch die den Beschauer erschreckend anmutenden und Abscheu erregenden sadistischen Bilderverhunzungen durch Maurer. Muß man, wie seine Glaubwürdigkeit überhaupt, so auch die Richtigkeit seiner Angaben über sein Sexualleben mit Mißtrauen betrachten, so ist anderseits nicht daran zu zweifeln, daß ein derartiges Ausschweifen in sadistischen Phantasien eine gewisse sadistische Anlage des Individuums zur Voraussetzung hat. Diese Annahme findet ja auch in Maurers eignen, ausführlich gemachten Angaben ihre Stütze. Zu diesen sadistischen Zügen seiner sexuellen Veranlagung treten — man darf ihm hierbei wohl glauben — weiter noch masochistische hinzu.

Indessen ist neben der zweifellos vorhandenen heterosexuellen Richtung seines Geschlechtstriebes eine homosexuelle nicht erwiesen. Man möchte sogar in Würdigung des gesamten vorliegenden Beweisstoffes die Annahme einer positiv homosexuellen Veranlagung Maurers verneinen und seine Beteiligung an homosexuellen Akten vielmehr auf skrupellose Wahl der Mittel zum bequemen Gelderwerb eines moralisch Tiefstehenden zurückführen.

Daß sich Maurer bisher als Sexualverbrecher in dieser oder jener Richtung betätigt hätte, ist, wenn man von dem mittun bei homosexuellen Hand-

Digitized by Google

lungen absieht, nicht bekannt geworden. Weder die Akten noch seine eigenen Schilderungen bieten hierführ einen Anhaltspunkt.

Dagegen hat er bekanntlich eine solche Entwicklung im Strafvollzug selbst als durchaus möglich hingestellt, und niemand wird sich, namentlich bei Betrachtung des sadistischen Bildermaterials, der Befürchtung verschließen, daß sich Maurer tatsächlich in diesem Sinne entwickeln könne.

Wir stehen hier vor der Hauptfrage, um die es sich bei der gegenwärtigen Begutachtung handelt.

Aus den Akten der Strafanstalten B. und A. gewinnt man den Eindruck, daß von den dortigen Beamten Maurers Fall sehr eingehend geprüft und auch gut beurteilt worden ist. Freilich gehen die Meinungen bezüglich der Frage, mit welchem Grade von Wahrscheinlichkeit Sexualverbrechen von Maurer zu befürchten sind, etwas auseinander. Alle Beurteiler stimmen aber darin überein, daß Übertreibung bei seinen sexuellen Selbstschilderungen im Spiele ist und weiter, daß er übertreibt einmal, um sich interessant zu machen, sodann aber, um Vorteile zu erreichen, vor allem Erleichterungen im Strafvollzug oder Begnadigung. Auch auf Grund der Beobachtung in der Anstalt muß ich mich der Ansicht anschließen, daß derartige Bestrebungen bei Maurer eine Rolle spielen. Er ist, wie bereits erwähnt wurde, entschieden in erheblichem Maße eitel, deshalb neigt er dazu, sich interessant zu machen, sich aufzuspielen. Das andere Motiv, durch Übertreibung seiner Beschwerden Vorteile zu erzielen, wurzelt gleichfalls tief in seiner persönlichen Eigenart und steht offenkundig in einer gewissen Verwandtschaft mit seiner Neigung zum Erpressertum. Unverkennbar hängen aber alle seine Klagen über seine Sexualnot und das starke Betonen seiner sadistischen Phantasie drittens noch mit einem andern Merkmal seines Wesens zusammen, mit seiner Neigung nämlich, für alle Schwierigkeiten seines Lebens andere verantwortlich zu machen, anstatt die Schuld bei sich zu suchen. Psychologisch wurzelt diese Neigung in jenem Komplex von Eigenschaften verbrecherisch Veranlagter, infolge dessen diese Individuen moralisch minderwertig sind und das Gefühl einer Verpflichtung und Verantwortlichkeit nicht kennen. Ist ja doch die bei Gewohnheitsverbrechern nicht selten anzutreffende und für die Weiterentwicklung ihrer kriminellen Laufbahn zweifellos oft unheilvolle Einstellung bei Maurer deutlich zu erkennen: nicht er selbst ist der eigentliche verantwortliche Urheber seiner asozialen Handlungen, sondern die Gesellschaft, die Organe der Justiz und des Strafvollzugs sind es, die ihn zum Verbrechen treiben; er hat begründeten Anlaß zu Haß- und Rachegefühlen gegen die menschliche Gesellschaft. Es liegt auf der Hand, wie gefährlich eine solche Einstellung ist, wie verschlimmernd und zur Tat treibend sie wirken kann.

Und damit berührt man wieder seelische Eigenschaften Maurers, die entschieden Besorgnis bezüglich seiner weiteren Entwicklung erwecken müssen.

Man wird auf Grund der gegebenen Analyse seiner Persönlichkeit zunächst wohl sagen dürfen, daß seine Klagen über sadistische Gelüste, welche er im Strafvollzug in der oben ausführlich geschilderten Weise vielfach zum Ausdruck gebracht hat, daß ebenso die in dem Bildermaterial zutage tretenden scheußlichen sadistischen Phantasien ihre Mitursache in einer Anstauung der Libido durch die ihm im Strafvollzug längere Zeit hindurch aufgezwungene sexuelle Abstinenz haben. Dieses ursächliche Moment würde im freien Leben wegfallen. Man wird weiter das Zurücktreten dieser Klagen und dieser Phantasien bei seinem längeren Aufenthalt in der Heilanstalt unter planmäßiger psycho-

Digitized by Google

therapeutischer Beeinflussung bis zu einem gewissen Grade dahin deuten dürfen, daß Maurer auf diesem Gebiete unter geeigneten Umständen psychotherapeutisch wenigstens vorübergehend etwas beeinflußbar ist und daß, wie schon im Strafvollzug erkannt wurde, Übertreibung entschieden eine Rolle dabei spielte. Denn in der Heilanstalt, wo naturgemäß der Aufenthalt für ihn leichter zu ertragen war als im Strafvollzug, bestand für ihn bei weitem nicht der gleiche Anlaß zur Übertreibung. Zudem rechnete er von vornherein sicher mit der Möglichkeit, auf Grund seiner psychiatrischen Beobachtung eine Verkürzung des Freiheitsentzuges zu erlangen, und er konnte sich nach allen hier gemachten Wahrnehmungen nicht im Unklaren darüber sein, daß eine der Vorbedingungen hierzu ein unbedenkliches Verhalten in sexueller Hinsicht sein mußte.

Weiter wird man bei der ganzen Prognosestellung in der fraglichen Richtung darauf hinweisen dürfen, daß anscheinend Maurer bis jetzt eine Neigung zu gewalttätigem Handeln nicht gezeigt hat, abgesehen von der oben erwähnten Gewalttätigkeit im Alter von etwa 13 Jahren (er stach damals einen anderen Knaben ins Auge).

Das wären im wesentlichen Umstände, welche mehr für die Annahme verwertet werden können, die Gefahr, daß Maurer in Zukunft Sexualverbrechen begehen werde, sei nicht besonders groß.

Dem gegenüber aber muß man doch die sozusagen grundsätzliche Undurchsichtigkeit der ganzen Sachlage betonen. Wir haben keine Möglichkeit, die Vorgänge im Innern solcher Individuen genau zu beurteilen. Wir sind jedenfalls, wie der Fall Maurer heute liegt, bezüglich seines Sexuallebens in hohem Maße noch auf seine eigenen Aussagen angewiesen, und wenn wir nach dem Gesagten auf der einen Seite mit Übertreibungstendenzen sicher zu rechnen haben, so wäre es doch anderseits nicht zu verantworten, sich auf zu optimistische Vermutungen festzulegen. Gibt es zwar offenbar sadistisch Veranlagte, bei welchen sich zeitlebens diese ihre Neigung nur in Phantasievorstellungen auslebt, ohne daß es zu groben sadistischen Handlungen kommt, so lehrt doch andererseits die Erfahrung, daß sadistische Sexualverbrecher, ehe sie dazu wurden, immer eine Phase sozusagen der vorbereitenden Entfaltung ihres Sadismus durchmachten, in der sie eben noch nicht Täter waren. Und was Maurer anlangt, so sagt man sich bei Betrachtung des Bildmaterials unwillkürlich, daß der Schritt von der so lebhaften Ausmalung solcher Greuel in der Einbildungskraft bis zu ihrer tatsächlichen Begehung nicht allzu groß ist, sondern recht naheliegen muß.

Zudem spielen offenbar bei der Entwicklung krimineller Persönlichkeiten die äußeren Umstände eine nicht unerhebliche Rolle, und die äußeren Umstände werden, wenn Maurers gegenwärtige Strafzeit abgelaufen sein wird, für lange Zeit besonders ungünstig sein: die schwere Wirtschaftslage, die große Arbeitslosigkeit, die Gärung im Volke werden es besonders schwer machen, ein ohnehin zu unsteter Lebensführung neigendes, strenger regelmäßiger Arbeit abholdes Individuum in eine einigermaßen gefestigte Position zu bringen und darin zu erhalten. Endlich wird immer die Einsichtslosigkeit des zu Begutachtenden gegenüber seiner Minderveranlagung, sein fehlendes Verantwortungs- und Schuldgefühl, seine Gefühlskälte es erschweren, daß man ihm dauernd beratend zur Seite steht und dadurch versucht, sein Lebensschiff in geordnete Bahnen zu lenken.

Digitized by Google

Nach alledem ist die mir gestellte erste Frage, ob psychotherapeutische Einwirkung auf Maurer Erfolg verspricht, folgendermaßen zu beantworten:

Wenn hier die Dauerwirkung einer einmaligen, wenn auch über längere Zeit fortgesetzten psychischen Beeinflussung gemeint ist, so ist die Frage zu verneinen, da in seiner persönlichen Veranlagung die Voraussetzungen für einen solchen Dauererfolg nicht gegeben sind, wie aus allem Vorstehenden hervorgeht. Dies gilt auch für eine etwaige Hypnosekur. Etwas anderes wäre es, wenn es wirklich gelingen würde, Maurer auch im freien Leben dauernd unter einer gewissen psychotherapeutischen Beeinflussung und Beratung zu halten. Darüber soll bei Beantwortung der dritten Frage noch gesprochen werden.

Die zweite Frage lautet, ob operative Entfernung der Keimdrüsen bei Maurer einen Erfolg verspricht.

Man steht allgemein auf dem Standpunkt, daß die Kastration zur therapeutischen Beeinflussung des Geschlechtslebens eines Menschen von sehr zweifelhaftem Werte ist und nach dem heutigen Stande unserer Kenntnisse nur unter gewissen Voraussetzungen als letzte Ausflucht in Frage kommen kann.

Im vorliegenden Falle wäre das Ziel, Maurers Geschlechtstrieb dadurch zu beseitigen und damit die mögliche Entwicklung zum Sexualverbrecher hintanzuhalten, vielleicht auch eine gewisse allgemeine Beruhigung der Psyche herbeizuführen.

Bekanntlich hat die Kastration zunächst gewisse körperliche unerwünschte Folgen, die aber in der Regel nicht so erheblich ins Gewicht fallen, daß man unter besonderen Umständen zur Erzielung des soeben erwähnten Erfolges vor der Maßnahme zurückschrecken müßte. Zumal wenn der Eingriff nach Abschluß der Wachstumsperiode eines Menschen ausgeführt wird — und das wäre bei dem jetzt im 26. Lebensjahre stehenden Maurer der Fall —, halten sich diese körperlichen Folgeerscheinungen (wie z. B. Veränderungen in der Behaarung und in der allgemeinen Körperbeschaffenheit) oft in verhältnismäßig engen Grenzen.

Nun aber ist keineswegs — und darüber herrscht allgemein Übereinstimmung — mit Sicherheit auf Beseitigung, ja auch nur Herabsetzung der Libido durch Kastration zu rechnen. Es muß vielmehr als sicher gelten, daß in einer ganzen Anzahl von Fällen mindestens ziemlich lange Zeit nach dem Eingriff die Libido, unter Umständen sogar in unveränderter Stärke, bestehen, und auch die potentia coeundi erhalten bleibt. Würde der Verlauf bei Maurer so sein, so wäre also zunächst der gewünschte Erfolg gar nicht eingetreten. Man müßte aber auch in dem an und für sich noch günstigeren Falle einer Abschwächung des Triebes mit einer weiteren abnormen sexuellen Betätigung seinerseits rechnen, denn wir sehen ja ganz allgemein, daß bloße Herabsetzung des Geschlechtstriebes keineswegs gegen abnorme sexuelle Betätigung eine Gewähr gibt. Es sei nur an die zahlreichen Fälle solcher abnormer Betätigung bei Greisen mit stark verminderter Libido und Potenz erinnert. Und daß auch dann noch sadistisches Handeln möglich wäre, kann man mindestens nicht mit irgendwelcher Bestimmtheit bestreiten.

Nun möchte man unter dem Eindruck der entschieden bedrohlichen Lage des Falles und bei der großen Verantwortung, die man bei der Erörterung prophylaktischer Maßnahmen hier fühlt, geneigt sein, trotz alledem eine Kastration zu befürworten, weil eine gewisse Möglichkeit eines Erfolges eben

Digitized by Google

doch besteht und die Kastration schließlich die einzige wirklich greifbar zu-realisierende vorbeugende Maßnahme darstellt. Ich hebe diesen Gesichtspunkt mit allem Nachdruck hervor.

Anderseits darf aber nicht unterlassen werden, noch auf andere Gesichtspunkte hinzuweisen. Man hat nach Kastrationen hinsichtlich der allgemeinen psychischen Umstellung der betreffenden Individuen Beobachtungen gemacht, die auch in dieser Richtung keine einheitlichen Wirkungen erkennen lassen. Eine Anzahl Kastrierter scheinen durch die Maßnahmen in ihrer psychischen Haltung nicht ungünstig beeinflußt zu werden. Diesen Fällen stehen aber andere gegenüber, in denen, sei es als unmittelbare biologische Kastrationswirkung, sei es im Sinne einer psychischen Reaktion in dem Bewußtsein der sexuellen Entwertung, die betreffenden Individuen sich charakterlich ungünstig entwickeln. Je nachdem fühlen sie sich unglücklich und enttäuscht, zeigen unter Umständen sogar eine dauernde Steigerung der Reizbarkeit, bereuen ihre Zustimmung zu dem Eingriff, entwickeln Haß- und Rachegefühle, welche sich u. U. gerade gegen ihre Berater und gegen den Operateur richten. Wenn zudem, was manchmal der Fall ist, die Kastration beschwerliche Sensationen wie Blutwallungen, Kopfschmerzen und andere Mißempfindungen zur Folge hat, so werden diese Beschwerden einer solchen ungünstigen Charakterentwicklung sicherlich nur förderlich sein.

Eine solche unerfreuliche Entwicklung liegt um so näher, je mehr im Einzelfalle bei dem Kastrierten seiner ganzen seelischen Grundveranlagung nach von vornherein solche Charakteranlagen bestehen.

Diese Voraussetzung ist aber bei Maurer in ausgesprochenem Maße gegeben, und es brauchen die aus dieser Tatsache herzuleitenden Bedenken gegen die Ausführung der Kastration nach allem Gesagten nicht weiter ausgeführt zu werden. Man braucht nur daran zu erinnern, daß Maurer einmal unzuverlässig ist, so daß er unbedenklich jederzeit geneigt sein dürfte, früher oder später nach dem Eingriff seine dazu erteilte Zustimmung durch allerhand nachträgliche Behauptungen abzuschwächen, Anklagen über falsche und ungenügende Belehrung und Beratung zu erheben u. a. m. Auch seine Neigung zu Haß und Rachegefühlen ist ja jetzt schon in sehr bedenklicher Weise hervorgetreten. Von dieser Seite her besteht also zweifellos für den Fall der Ausführung des Eingriffes die Möglichkeit von Unzuträglichkeiten, deren Auswirkung heute nicht abzusehen ist; es läßt sich aber auch die andere Möglichkeit nicht ableugnen, daß im Falle unvollständiger Beseitigung des Geschlechtstriebes eine solche charakterologische Entwicklung wiederum von der psychischen Seite her die Gefahr weiterer abnormer sexueller Betätigung erhöhen, dem Zwecke der ganzen Maßnahme also entgegenwirken würde.

(Daß es sich, wenn man überhaupt einen Eingriff machen will, in diesem Falle nur um Kastration, nicht um die als Sterilisierung bezeichnete Unfruchtbarmachung bei voller Erhaltung der Keimdrüsen handeln kann, sei nur kurz betont. Freilich wäre schon die Beseitigung der Zeugungsfähigkeit eines derartigen Individuums aus eugenischen und sozialen Gründen auf das dringendste zu wünschen. Doch steht dem die Gesetzgebung heute leider noch im Wege.)

Bei alledem, was für und wider gesagt werden kann, möchte ich Frage 2 zusammenfassend dahin beantworten, daß eine Kastration Maurers ärztlicherseits zu befürworten ist, weil, wie bereits vorhin gesagt wurde, eine gewisse

Digitized by Google

Möglichkeit des Erfolges eben noch besteht und die Kastration in diesem Falle die einzige greifbar zu verwirklichende Maßnahme darstellt.

An dritter Stelle ist gefragt worden, welche sonstigen Maßnahmen in Frage kommen.

Es sei zunächst auf Grund aller bisherigen Ausführungen nochmals festgestellt, daß Maurer nicht geisteskrank ist. Seine Minderwertigkeit, welche vorwiegend auf charakterologischem Gebiet liegt, stellt auch nicht den Tatbestand der Geistesschwäche im Sinne des § 6 BGB. dar.

Andererseits ist er von Haus aus zur gewohnheitsmäßigen Begehung strafbarer Handlungen veranlagt, also gemeingefährlich. Auf sexuellem Gebiete zeigt er deutliche Anomalien, die aber nach Lage des Falles auch nicht als Zeichen geistiger Erkrankung betrachtet werden können.

So dringend im Interesse der menschlichen Gesellschaft bei der wohl mit an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit bestehenden Aussicht, daß Maurer künftig wieder gemeingefährliche Handlungen begehen wird, die Durchführung wirksamer Verhütungsmaßnahmen zu wünschen wäre, so wird doch nach allem im Vorstehenden Gesagten auf dem Wege ärztlicher Beeinflussung oder Behandlung seiner Anomalien mit irgendwelcher Sicherheit oder auch nur mit größerer Wahrscheinlichkeit ein solcher Erfolg nicht zu erzielen sein.

Eine Internierung Maurers über die Dauer seiner gegenwärtigen Freiheitsstrafe hinaus ist auch nicht möglich. Eine geschlossene Anstalt für psychisch Kranke kommt bei der Art seines Geisteszustandes von vornherein nicht in Betracht, und die Möglichkeit sichernder Maßnahmen über die Strafzeit hinaus ist leider zurzeit noch nicht gegeben, so wünschenswert solche Sicherungsmaßnahmen gerade auch im vorliegenden Falle wären.

Bei dieser Sachlage kann es sich nur darum handeln, zu versuchen, was überhaupt versucht werden kann. Und da wäre nach ärztlichem Ermessen an erster Stelle auf die Notwendigkeit hinzuweisen, daß trotz allen eine seelische Beeinflussung erschwerenden Charaktereigenschaften Maurer nach seiner Entlassung aus dem gegenwärtigen Strafvollzug unter der Benutzung der im Rahmen der Fürsorge für entlassene Strafgefangene bestehenden Einrichtungen möglichst unter Aufsicht und fortgesetzter Beratung gehalten wird. Es möchte zu diesem Zwecke geprüft werden, ob man nicht Maurers Mutter und seinen künftigen Stiefvater über die ganze Lage des zu Begutachtenden eingehend aufklären und zu einer Mitbeeinflussung heranziehen kann. Man müßte schon während des weiteren Strafvollzuges von seiten der zuständigen Strafanstaltsbeamten, namentlich der Ärzte, diese Beeinflussungsversuche aufnehmen, was natürlich zur Voraussetzung hätte, daß Maurer, wenn er jetzt wieder in Strafvollzug versetzt wird, nicht wieder in sein früheres Verhalten zurückfällt. Bei allen Zweifeln in dieser Richtung kann man immerhin auf die Möglichkeit hinweisen, daß Maurer auf Grund seiner psychotherapeutischen Beeinflussung während der psychiatrischen Anstaltsbeobachtung sich nunmehr in der Haft etwas anders verhalten wird als früher. Bei seiner psychischen Eigenart wäre das wenigstens denkbar. Natürlich ist es sehr ungewiß.

Wenn aber wirklich Übertreibung und die Hoffnung, auf diese Weise Vorteile zu erreichen, eine g r o ß e Rolle bei seinem bisherigen Gebaren in den Strafanstalten B. und A. gespielt haben sollte, dann könnte immerhin die

Digitized by Google

Rückversetzung in den Strafvollzug und die sich daraus ergebende Erkenntnis, daß diese Hoffnung trügerisch war, in jenem Sinne wirken.

Wie wichtig die Möglichkeit einer fortlaufenden Beratung und Beeinflussung von Menschen wie Maurer wäre, das lehren gewisse Beobachtungen an dem Düsseldorfer Mörder Kürten und Äußerungen desselben, wie sie soeben in der unter dem Titel »Der Sadist« erschienenen monographischen Bearbeitung des Falle von Professor *Karl Berg* (Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin, Band 17, Heft 4/5) veröffentlicht sind. Kürten hat selbst darauf aufmerksam gemacht, daß die langen Freiheitsstrafen in jungen Jahren unheilvoll auf die katastrophale Entwicklung seiner Sexualveranlagung gewirkt haben. Er hat u. a. gesagt: »Für mich war es ein ständiger Hochgenuß, wenn ich mir abends in der Zelle etwas Grauenhaftes vorstellte, was ich tat, z. B. Bauchaufschlitzen, und wie sich die Öffentlichkeit entsetzen würde. Der Gedanke an das Verletzen war mein persönlicher Genuß. Dabei kam es dann auch zum Samenerguß.... Das ist jahrelang so gegangen, wenn ich das nicht gehabt hätte, dann hätte ich mich aufgehängt. Es ist auch kein Wunder, wenn ich mich an diese Vorstellungen gewöhnte und sie mich bei der Haftentlassung zur Ausführung drängten« (S. 313).

Professor *Berg* macht darauf aufmerksam, daß die Wirksamkeit der Autosuggestion ein bemerkenswerter Zug bei Kürten gewesen sei. In der Einsamkeit der Gefängniszelle sei er ein Virtuos in der Erreichung des Orgasmus allein durch sadistische Phantasien geworden. Kürten hat selbst auch berichtet, wie sehr seine Lektüre sexueller Schilderungen und sadistischer Verbrechen namentlich in den Zeitungen seine Entwicklung zum Sexualverbrecher gefördert habe. Er hat erklärt, er wolle selbst die Ausschließung der Öffentlichkeit bei der Hauptverhandlung gegen ihn beantragen, »damit die Jugend nicht die Zeitungsberichte zu lesen bekommt«. Er habe es an sich selbst erlebt, wie aufreizend die Berichte von den Sittlichkeitsverbrechen wirkten.

Man sieht aus diesen Bekundungen des Düsseldorfer Mörders, wie wichtig es wäre, wenn man einen Mann wie Maurer in der vorerwähnten Weise dauernd betreuen und beeinflussen könnte. Daß diese Beeinflussung vor allem aber in der Haft und im Strafvollzug notwendig ist, wird besonders klar.

Endlich sei nochmals betont, daß gemäß dem zu Frage 2 Gesagten die Kastrationsfrage weiterhin im Auge behalten und geprüft werden möchte.

Die Kastration als therapeutische Maßnahme wäre ja überhaupt nur mit voller Einwilligung Maurers möglich. Daß man in Anbetracht seiner ganzen Persönlichkeit bezüglich der Herbeiziehung und des Nachweises dieser Einwilligung mit besonderer Vorsicht verfahren müßte, ist nach dem weiter oben Gesagten ohne weiteres klar und braucht daher hier wohl ärztlicherseits nicht weiter ausgeführt zu werden.

So ungünstig gerade heute die Lage auf dem Arbeitsmarkt auch ist, so wäre Beschaffung einer geeigneten Arbeit bei Entlassung Maurers aus der Gefangenenanstalt sehr wünschenwert.

Die eingangs erwähnten Schwierigkeiten der Prognosestellung bei therapeutischer Kastration in derartigen Fällen beleuchtet der Fall Maurer sehr gut. Allerdings kommt hier noch dazu, daß man ja über die Frage, mit welchem Grade von Wahrscheinlichkeit Sexualdelikte von diesem Mann überhaupt zu befürchten sind,

Digitized by Google

verschiedener Meinung sein kann. Immerhin dürfte an sich schon der Versuch, seine Libido durch Kastration zu mindern, begründet sein. Gerade bei Maurer aber ist anderseits die Gefahr ungünstiger psychischer Reaktion besonders groß, wie in dem Gutachten dargelegt wird.

Ich bin mir darüber klar, daß das Gutachten mit seinem immerwährenden Hin und Her der Überlegungen dem Leser einen sehr unbefriedigenden Eindruck machen muß; aber das liegt eben vorläufig noch in der Natur der Sache, und diese große, sehr unbefriedigende Unsicherheit der Beurteilung zu zeigen, ist ja gerade der Zweck dieser Veröffentlichung.

Ganz allgemein ist zu sagen, daß wir, um zu einer besseren Prognosestellung zu kommen, künftig eine ganz andere kasuistisch-empirische Grundlage brauchen, als wir sie jetzt haben. Wenn man die Literatur durchsieht, so findet man, daß nur wenige Autoren, die Fälle von therapeutischer Kastration veröffentlicht haben, wirklich eingehende brauchbare Katamnesen bringen. Solche nach allen Richtungen sorgfältig erhobene Katamnesen und Nachuntersuchungen sind unbedingt in großer Zahl nötig, und die Fälle müssen auch lange Zeit hindurch verfolgt werden. Dabei muß geachtet werden auf die somatischen wie auf die psychischen Folge- und Reaktionserscheinungen, natürlich besonders auch auf die weitere Entwicklung der Vita sexualis. Besonders zu unterstreichen ist auch die bereits erwähnte Forderung *Heinrich Fischers*, in jedem Falle die ursprüngliche psychische Veranlagung des Kastrierten oder des zu Kastrierenden festzustellen.

Eine planmäßige Sammelforschung ist dringend zu befürworten.

Schließlich lehrt der Fall, wie dringend nötig nun endlich die Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für sichernde Maßnahmen gegen Gewohnheitsverbrecher ist.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis der von typischen klinischen Verlaufsbildern der progressiven Paralyse bei und nach Recurrensbehandlungen vorkommenden Abweichungen.

Von

Obcrregierungsmedizinalrat Dr. **Wilhelm Sagel,**
Landes-Heil- u. Pflegeanstalt Arnsdorf i. Sa.

Es ist seit langem bekannt, daß die progressive Paralyse unter dem Bilde recht verschiedenartiger Seelenstörungen auftreten kann. Die Vielgestaltigkeit ihrer Erscheinungstypen spiegelt sich schon in ihrer alltäglichen Einteilung in die klassischen Arten: in die neurasthenische, expansive oder manische, depressive oder melancholische, agitierte, demente, katatone Form.

Neben dieser Fülle von Äußerungsmöglichkeiten sind in den letzten Jahren bei und nach fieberhaften Erkrankungen der Paralytiker Symptombilder der Paralyse beobachtet worden, die sonst für diese Krankheit fremdartig und ungewohnt sind. Sie wurden besonders im Zusammenhang mit der Fieberbehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung mit Malaria, Recurrens, Tuberkulin, Typhusvakzine, nukleinsaurem Natron, gelegentlich aber auch nach einem spontan aufgetretenen fieberhaften Magenkatarrh mit nachfolgender Grippe und einmal bei einem an tuberkulösem Marasmus zugrunde gegangenen Paralytiker gesehen.

Es handelt sich dabei teils um flüchtige delirante und amentielle Erscheinungen der Fieberperiode, teils um länger andauernde oder chronische Psychosen besonders der Remissionszeit nach Art der schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Reaktionstypen.

Während derartige Erscheinungen bei der Malariabehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung schon wiederholt gründliche Besprechungen gefunden haben, z. B. von *Gerstmann, Bostroem, Carrière* und *Kihn,* ist die Zahl der im Schrifttum niedergelegten diesbezüglichen Beobachtungen bei der Recurrenstherapie äußerst bescheiden. Ich habe lediglich in der Inauguraldissertation von Theodor *Knopp* (Bonn 1926) aus der *Hertz*schen Kuranstalt Bonn vier und sonst in der Literatur ganz vereinzelt einmal derartige Fälle kurz erwähnt

Digitized by Google

gefunden. Es sollen deshalb im Folgenden einschlägige Erfahrungen bei den in Arnsdorf/Sa. in großer Zahl mit Rückfallfieber Behandelten geschildert und besprochen werden.

Wir haben einschließlich der mit Malaria erfolglos vor und mit Recurrens nachbehandelten 125 Fälle in der Zeit vom 4. Dezember 1921 bis 15. November 1931, also innerhalb von ungefähr 10 Jahren 478 Paralytiker Recurrenskuren unterzogen. Diese erhielten im ganzen etwa 1300 Recurrensinjektionen. Letztere wurden zum großen Teile mit heterologen Stämmen (wir haben nach und nach uns 9 verschiedene Recurrensstämme verschafft) vorgenommen. Von solchen heterologen Stämmen kann jeder bei einem bereits mit einem anderen Recurrensstamme vorbehandelten Menschen von neuem Fieber erzeugen. Das hängt mit den Immunitätsgesetzen des Rückfallfiebers zusammen. Recurrensfieber erzeugt nämlich keine Pan-, sondern lediglich eine Gruppenimmunität. Berücksichtigt man diese Gegebenheiten, so dürfte die Annahme, daß bei unseren 478 Paralytikern etwa 800 Recurrenserkrankungen aufgetreten sind, annähernd zutreffend sein. Bei diesen 800 Recurrenserkrankungen haben wir, von gelegentlichen, belanglosen, rasch vorübergehenden Somnolenzen abgesehen, nur dreimal während der Fieberperiode beachtliche deliriöse Zustände erlebt, das ist in 0,375%.

Es handelt sich um folgende Fälle:

Fall 1. Protokoll Nr. 459.

J. Paul, Fabrikant, geb. 18. 9. 1886.

Luetische Infektion während der aktiven Militärzeit 1907. Behandlung hat stattgefunden. Genauere Angaben darüber lassen sich nicht erheben.

Etwa seit 1929 zunehmende Reizbarkeit. Seit Anfang 1931 Gedächtnisschwäche und Versagen in den geschäftlichen Leistungen. — Wird schließlich recht hilflos, kann sich nicht mehr allein anziehen. Äußert Selbstmordabsichten. Wird am 1. 7. 1931 in die Anstalt Arnsdorf gebracht.

Ist geordnet und klar, aber schwerfällig, stumpf, gleichgültig, antriebslos und urteilsschwach. Rechnet schlecht. Reflektorische Pupillenstarre. Links Fazialisparese. Silbenstolpern. Gesteigerte Kniesehnenreflexe.

Liquor: Zellen 188 : 3. WaR. 1 × ∅. 2½ × +++. 5 × ++++. Nonne: ++. Weichbrodt: ++++. Pandy: ++++. Kolloidreaktionen: Paralysekurven.

Blutserum: WaR. ++.

Diagnose: Progressive Paralyse, demente Form.

7. 7. Impfung mit Recurrens Berbera. Fieber geht am 5. Tage nach der Infektion an.

13. 7. Liegt in hohem Recurrensfieber. Ziemlich zerstreut, unbesinnlich, geht aus dem Bett, drängt nach Hause. Wenig gegessen.

13./14. 7. Sehr unruhig. Sah immer fremde Männer in seinem Zimmer (Fieberdelirium) und lief viel aus dem Zimmer heraus. Wollte dauernd mit dem Zuge wegfahren. Hat ganz wenig geschlafen.

14. 7. Meint allerhand Geräusche zu hören, Wasser läuft von oben herab. Ißt genügend, will nach Hause fahren.

Digitized by Google

14./15. 7. War unruhig, wollte fort, kam viel aus dem Zimmer.

15. 7. Starke Schweißausbrüche gegen Morgen. Abgefiebert, ist wesentlich klarer. Kennt seine Umgebung.

22./23. 7. Sah allerhand Gestalten und roch Gas im Zimmer. Wurde in den Saal gelegt, schlief dann mit Unterbrechung.

23. 7. Geistesabwesend, verworrene Reden, gibt auf Fragen ausweichende Antworten, nimmt drohende Haltung an.

23./24. 7. Schüttelfrost. War ängstlich, legte sich in den Saal.

26. 7. Besuch von der Frau; war, wie auch in den letzten Tagen, ganz geordnet.

27./28. 7. Kam gegen $^1/_2 20^h$ plötzlich aus seinem Zimmer gestürzt und schrie laut, er werde ermordet. Erhielt Mo.-Injektion. Hat dann von 2^h an geschlafen.

29. 7. Wiederholt Schweißausbrüche, spricht dabei verworren.

30. 7. Fühlte sich matt. Wenig gegessen.

30./31. 7. J. schlug plötzlich gegen 22^h zwei Fensterscheiben ein und schrie dabei, er werde verfolgt, man wolle ihn ermorden. Durch Zureden wurde er wieder ruhiger. Dann trat bei ihm ein leichter Anfall ein. Darauf drängte er wieder fort und mußte isoliert werden. Im Einzelzimmer bekam er einen schweren Anfall, den er größtenteils stehend aushielt. Vom herbeigerufenen Arzt wurde J., der einige Schnittwunden an den Händen hatte, verbunden und erhielt eine Injektion Mo. Der Erregungszustand dauerte bis 23^h. Dann verhielt sich J. eine Stunde ruhig. Plötzlich fing er wieder an zu toben, schrie laut und schlug mit den Fäusten an die Tür. Der nochmals gerufene Arzt gab ihm eine weitere Injektion. Diese beruhigte ihn jedoch nicht, sodaß er auf die Unruhigen-Abteilung gebracht werden mußte. Während des Vorganges keine erhöhte Temperatur.

31. 7. Da Patient ruhig geworden ist, wird er in die ruhige Abteilung zurückgenommen. Spricht noch viel verworrenes Zeug. Die folgende Nacht auf Schlafmittel gut geschlafen.

1. 8. Sehr unruhig, hört Stimmen. Sehr ängstlich, glaubt, er wird von hier fortgeholt. Bleibt nicht im Bett. Sieht Gestalten, die ihn wegholen wollen.

1./2. 8. War nicht mehr im Bett zu halten. Dauernd Angstzustände. Meint, es sind Leute draußen, die in sein Zimmer wollen, um ihn wegzuholen. Sehr ängstlich. Muß wegen allzugroßer Störung wieder auf die Unruhigen-Abteilung verbracht werden.

3. 8. Besuch von Frau und Tochter; dabei laut und ängstlich, sagte: »Jetzt kommt er, der Scharfrichter, hackt mir Kopf und Arme ab.« Behauptete, die Schnittwunden an den Händen seien von einer Katze; vor ihr habe er keine Ruhe, weil er sie totgeschlagen habe. Die Hände sind mit Lyssiasalbe verbunden worden. Läßt den Verband nicht sitzen.

4. 8. Nach der Visite sehr erregt, lief in den dritten Saal, pochte an die Tür. Hat sich dabei am rechten Handgelenk eine alte Wunde aufgeschlagen. Beim Zurückbringen sehr widerstrebend, kratzte und biß nach dem Pfleger, drohte, die Scheiben durchzuschlagen.

5. 8. Legt sich in fremde Betten, verlangt nach seinem Schlüssel, will fort. Schweißausbruch.

5./6. 8. Lebhaft, 1,0 Trion. Spuckte es zum Teil wieder aus. Bis gegen 4^h ruhig, dann wieder laut. Drängte fort.

Digitized by Google

6./7. 8. War sehr laut, schrie nach Hilfe, meinte, er bekomme den Herzschlag. Spuckte Medizin aus. Einige Zeit abgesondert.

7. 8. Gibt an, sein Gehirn sei verrutscht.

7./8. 8. Sehr viel außer Bett, hat sich dabei aber ruhig verhalten. Immer noch etwas ängstlich und verstört.

8. 8. Ruhiger und heiter. Nahm am Gartengang teil, hatte Besuch von seinem Prokuristen.

21. 10. Bei Gelegenheit einer Nachuntersuchung, bei der der Kranke äußerlich völlig geordnet erscheint, berichtet er über seine deliriösen Erlebnisse im Juni und Juli des Jahres noch folgendes: Es wäre ein langer Mann in einer hellgrünen, wahrscheinlich aus Stahl gefertigten Uniform mit Helm an sein Bett getreten, der die Leute verstümmelt, ihnen Arme und Beine, auch den Kopf weggehackt habe. Er habe ihn auch in ähnlicher Weise umbringen wollen. Deshalb habe er sich seinerzeit auch unter dem Bett versteckt. Diese phantastischen Vorstellungen seien so aufdringlich und plastisch gewesen, daß er noch heute sich nicht klar darüber sei, ob sie Traum oder Wirklichkeit gewesen wären.

Vergleicht man die Schilderungen der halluzinatorischen Erregungszustände mit der Kurve, so läßt sich ohne weiteres ihr zeitliches Zusammenfallen mit den Fieberparoxysmen nachweisen. Mit Abklingen des Fiebers schwinden auch die deliriösen Zustände.

Fall 2. Protokoll Nr. 140.

K. Paul, Kunst- und Antiquitätenhändler, geb. 21. 5. 1887. Luetische Infektion etwa 1909.

Seit ca. 1 Jahr zunehmende Reizbarkeit und Vergeßlichkeit, Kopfschmerzen. Wurde konfus, ließ in seinen Arbeiten nach.

8. 8. 1924 in Arnsdorf zugeführt.

Niedergeführter, nervöser, zappeliger Mensch. Abgelenkt, unpointiert, schwatzhaft, überheblich. Pupillen different und fast lichtstarr. Artikulatorische Sprachstörungen. Schriftstörungen. — Liquor: P. P. Befund.

Diagnose: Progressive Paralyse, expansive Form.

11. 8. 1924. Impfung mit Recurrens Duttoni.

Infektion geht schon am nächsten Tage mit hohem Fieber an und dauert mit den typischen Unterbrechungen 46 Tage lang. Schon am ersten Abend unternahm K. einen Fluchtversuch durch das Fenster und über den Gartenzaun. Er entfernte sich, laut um Hilfe rufend, im Laufschritt in Richtung nach dem benachbarten Dorfe. Er klammerte sich ängstlich an einen vorüberfahrenden Wagen an und konnte nur unter großen Mühen zurückgebracht werden. In der Folgezeit äußerte er häufig Angst. Er glaubte sich verfolgt. Seine Bettnachbarn wollten ihn töten. Er solle vergiftet, erschossen werden. Er schrie einmal auf, als ob er gewürgt würde. Nachts schlief er oft sehr schlecht und saß mit verstörtem, ängstlichem Gesichtsausdruck im Bett. Er hatte gelegentlich Erregungszustände und auch noch ungefähr einen Monat über die Fieberphase hinaus quälende Halluzinationen. (Es würde ihm der Mord an seiner Familie vorgeworfen.)

Vom 30. 10. 1924 an (also 80 Tage nach der Recurrenskur) war K. völlig geordnet und orientiert, frei von Sinnestäuschungen und allen psychotischen Erscheinungen. Sein guter Zustand hat bis heute angehalten. K. führt einwandfrei und erfolgreich auch noch jetzt, reichlich 7 Jahre nach der Behandlung, sein Geschäft.

Digitized by Google

Fall 3. Protokoll Nr. 339.

S. Eduard Adolf, Konditormeister, geb. 15. 1. 1890.

Klinisch und biologisch-serologisch einwandfreier Fall von progressiver Paralyse. Expansive Form.

Zugeführt in Arnsdorf 11. 7. 1929.

12. 7. 1929 Impfung mit Recurrens Hispanica.

Fieber geht bereits am nächsten Tage an und währt fast 9 Wochen. Am 28. Krankheitstage im fieberfreien Intervalle, 2 Tage nach dem 6. und einige Stunden vor Beginn des 7. Fieberanfalles springt S. plötzlich ängstlich aus dem Bett, drängt die Wache beiseite und springt aus dem Erdgeschoßfenster. Er wurde wohlbehalten wieder zurückgebracht. — Im übrigen bot er keine ähnlichen Zustände wieder.

Erwähnenswert sind noch Pareidolen, die ich bei der Laboratoriums-Recurrens-Infektion unserer technischen Assistentin während der Krise des ersten 6tägigen und des zweiten 5tägigen Fieberanfalles beobachtet habe, und die schweren Somnolenzzustände, die auch zu fieberfreien Zeiten bei drei Paralysen vorhanden waren, bei denen die künstliche Ansteckung durch infizierte Zecken vorgenommen worden war.

Die Pareidolen bestanden darin, daß die Kranke bei Betrachtung von im Zimmer befindlichen Gegenständen glaubte, ihre Geschwister zu sehen.

Alle diese psychotischen Erscheinungen der ganzen Fieberperiode, die sich durch ihr rasches, hauptsächlich in zeitlichem Zusammenhange mit den Fieberanfällen stehenden Anfluten und Abebben, durch Bewußtseinstrübungen, optische und akustische Halluzinationen und oft auch durch ängstliche Vorstellungen kennzeichnen, tragen den Stempel der exogenen Reaktionsform der durch die Infektion hervorgerufenen Psychosen, der Infektionsdelirien.

Besonderheiten der Symptombilder in dem Sinne, daß man durch ihre kennzeichnende Abtönung auf die Art ihrer ursächlichen Schädlichkeit schließen könnte, daß sie also ohne weiteres als durch gerade Recurrens hervorgerufene Delirien erkennbar wären, habe ich nicht finden können. Das war auch nach *Bonhöffer*s Umgrenzung und Pathognostik der symptomatischen Psychosen nicht zu erwarten, ganz abgesehen davon, daß zu solcher Feststellung auch meine Kasuistik viel zu klein wäre.

Wenn *Gerstmann* für die deliranten Zustände während des Malariafiebers der Paralytiker als eigentümliches Unterscheidungsmerkmal den sonstigen Fieberdelirien gegenüber in Übereinstimmung mit *Schilder* angibt, daß ihnen »phantastische Elemente« fehlen, so trifft dies für das Recurrensdelir nicht zu. Bei Fall 1 werden phantastische Erlebnisse in außerordentlich eindrucksvoller Weise geschildert.

Die Delirien boten aber auch nichts, das an die neben der Recurrens bestehende Paralyse erinnert hätte. Daß bei ihrem

Digitized by Google

Zustandekommen dem paralytischen Gehirn ein maßgebender Anteil zufällt, wie es *Gerstmann* für ähnliche Zustände bei Malariaimpfungen bei fortschreitender Hirnlähmung annimmt, trifft bei der Recurrens sicher nicht zu. — Das läßt sich durch unsere Laboratoriumsinfektion bei einer Nichtparalytikerin und durch das häufige Vorkommen von deliriös-amentiellen Zuständen bei Nichtparalytikern in Epidemien nachweisen.

Bei Fall 1 traten die deliriösen Zustände während aller Fieberanfälle, besonders gegen Ende jedes einzelnen derselben auf, um während der fieberfreien Intervalle völlig zu schwinden.

Fall 2 bietet während des ganzen Krankheitsverlaufes, gesteigert während der Fieberanstiege, in geringerem Grade aber auch zu fieberlosen Zeiten, einen ausgeprägten, halluzinatorischen Versündigungs- und Verfolgungswahn mit ängstlichen Erregungszuständen bei leichten Bewußtseinstrübungen. Quälende Gehörstäuschungen und beängstigende Wahnideen werden auch noch 1 Monat nach Abklingen des Fiebers, als kurzdauernder Residualwahn mit in die Rekonvaleszenz hinübergenommen, um schließlich endgültig abzuklingen.

Fall 3 zeigt nur einen einmaligen, ganz kurzen, wenige Stunden andauernden, episodischen, ängstlichen Erregungszustand.

Die Tatsache, daß ich unter den etwa 800 beobachteten Recurrenserkrankungen nur dreimal deliriöse Zustände gefunden habe, ist beachtlich. Es entspricht das einem Prozentsatz von nur 0,375%. *Eggebrecht* nimmt Delirien bei Rückfallfieber nach seinem Durchschnitte aus 8 Epidemien in 6,3% der Fälle an. Das ist über 16mal so oft, wie sie in Arnsdorf gesehen wurden. *Ewald* schreibt in seinen Psychosen bei akuten Infektionen, daß es bei Recurrens »nicht selten auf der Fieberhöhe zu Delirien« kommt. — Die Seltenheit der Infektionspsychosen bei den von uns behandelten Fällen hängt ohne Zweifel mit der Art unserer Impfmethodik zusammen.

Diese gestaltet sich folgendermaßen: Nachdem wir uns im Dunkelfelde an einem Tropfen Blut aus der Schwanzspitze der recurrenskranken weißen Maus von seinem starken Spirochätengehalte (mindestens 10—20 Spirochäten in einem Gesichtsfelde bei Benutzung von Zeiß Trockensystem Obj. 40 . 0,65 und Okular 10*) überzeugt haben, werden dem Tiere in tiefer Chloroformnarkose die Brusthöhle eröffnet, das Herz durchgeschnitten und die Brusteingeweide entfernt. Das sich in den Thoraxraum ergießende Blut in Mengen von etwa 0,2 ccm wird mit einer Rekordspritze angesogen und mit ungefähr 2 ccm steriler physiologischer Kochsalzlösung vermischt. Von dieser Blutaufschwemmung werden etwa 0,4 ccm in 2 Quaddeln intrakutan und 1,0 bis 1,2 ccm subkutan in den linken Oberarm des Kranken eingespritzt. Auf diese Weise werden dem Kranken

Digitized by Google

unzählbare Mengen pathogener Keime einverleibt, und das Verfahren kann mit der subtilen natürlichen Ansteckung durch Zecken kaum in Parallele gestellt werden. — Beträgt doch das eingespritzte Quantum infektiöser Masse rund das Hundertfache des Gewichtes einer infizierenden Zecke. (Eine hungernde Zecke wiegt etwa 10 mg.)

Ganz im Gegensatz zu der Seltenheit der deliriösen Erscheinungen bei dieser allgemein geübten, mit großen infektiösen Massen arbeitenden Ansteckungsart steht die Tatsache, daß sämtliche 3 durch Zecken, also durch minimale Mengen von Ansteckungsstoff infizierte Fälle und die Laboratoriumsansteckung, die durch eine ganz banale, völlig unbeachtet gebliebene Weise stattgefunden hat, besonders starke Somnolenzen und Pareidolen geboten haben.

Für diese interessante paradoxe Erscheinung, daß durch Injektionen mit winzig kleinen Dosen namentlich toxisch verlaufende, jedenfalls schwerere Erkrankungen zustande kommen, als durch Ansteckung mit großen infektiösen Mengen, könnte man bei den Zeckenpassagen eine biologische Veränderung des Erregers, eine Virulenzsteigerung als Ursache annehmen. Für die Laboratoriumsinfektion ist aber eine solche Annahme nicht möglich, weil wir zu ihrer Zeit gar keine Zecken im Hause hatten. Sie kann nur durch Recurrensmäuseblut stattgefunden haben.

Vielleicht kann man diese Erscheinung als eine Bestätigung am Menschen der schon vor über 20 Jahren von R. *Pfeiffer* und *Friedberger* an Tierversuchen gemachten Beobachtungen deuten, daß auch »enorme Impfstoffmengen nicht disponierend, sondern resistenzerhöhend wirken«.

Möglicherweise ist die Erscheinung aber auch dadurch zu erklären, daß bei der mit Mäuseblut stattfindenden Ansteckung die Infektion durch die im Mäuseblute, das zur Zeit der Höhe der Erkrankung benutzt wird, während der Akme sicher schon vorhandenen Abwehrkräfte gemindert wird.

Während wir es bei den bisher geschilderten somnolent-deliriös-amentiellen Zuständen mit typischen exogenen Reaktionsformen zu tun hatten, mit klarem unmittelbarem Zusammenhang zwischen verursachenden infektiösen Gegebenheiten und ihrer Wirkung in zeitlicher und wohl auch gradueller Hinsicht, sehen wir in einer interessanten Gruppe anderer psychischer Störungen bei Recurrensbehandelten einen Typ, der allgemein noch als endogen aufgefaßt wird und der sich durch Sinnestäuschungen, paranoide Wahnideen und schizophrenieähnliche Erscheinungen, bei fehlender Bewußtseinstrübung, also bei erhaltener Besonnenheit kennzeichnet. Folgende Krankengeschichten sollen ihn zunächst illustrieren.

Digitized by Google

Fall 4. Protokoll Nr. 255.

E. Rudolf Berthold, Molkereigehilfe, geb. 30. 3. 1884.

Zeit der luetischen Infektion unbekannt. Seit Oktober 1927 soll sich eine auffällige Veränderung im Wesen des Kranken bemerkbar gemacht haben. E. wurde einsilbig, gedrückt, leicht ermüdbar, unlustig zur Arbeit. Auf eine kurze antiluetische Behandlung hin, über die nichts Näheres bekannt ist, soll er vorübergehend wieder arbeitsfähig geworden sein. Bereits nach 14 Tagen trat wieder Verschlimmerung ein. E. litt unter Wahnvorstellungen. Er fürchtete, geraubt, auf die Straße gesetzt zu werden und erwartete eine Katastrophe. Er äußerte Versündigungsideen und lief mit einem Strick herum, um sich aufzuhängen. Während dieser Zeit erhielt er 0,55 g Neosalvarsan.

Am 14. 2. 1928 wurde er in die Heil- und Pflegeanstalt Dresden gebracht. Anfangs machte er einen gedrückten Eindruck; er jammerte vor sich hin, gab aber keine Antwort, noch irgendwelche Auskunft. Er lag in katatonisch-steifer Haltung meist mit geschlossenen Augen im Bett, war dauernd mutazistisch, gelegentlich auch ängstlich. Einige Male ging er nachts außer Bett und schrie um Hilfe. Zum Essen und zu sonstigen pfleglichen Maßnahmen mußte er sehr genötigt werden.

Sein Körperbau war schwächlich; es bestand eine Kypho-Lordose der Wirbelsäule. Die rechte Pupille war größer als die linke, beide reagierten träge und unvollkommen auf Licht. Die WaR. im Blutserum und im Liquor waren positiv, Lymphocytose in letzterem (32:3). Kolloid-Reaktionen boten Paralysekurven. 1,35 g Myosalvarsan und eine am 13. 3. 1928 begonnene Malariakur änderten am Zustandsbilde zunächst nichts wesentliches.

Am 7. 4. 1928 wurde er in die Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf gebracht. Sein Zustandsbild war hier zunächst ähnlich wie in Dresden. Der Kranke zeigte sich sehr widerstrebend, kam Aufforderungen bei der Untersuchung überhaupt nicht nach, sprach nicht, kniff den Mund fest zu, machte bei der Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten und war manchmal unsauber mit Kot und Urin.

Ende Juni 1928 fing er aber an, besser zu essen und seine Umgebung interessiert zu beobachten. Er blieb jedoch immer abweisend und war nur ausnahmsweise einmal zu einer Antwort zu bringen und dann auch nur ganz leise.

Am 2. 7. 1928 war der Liquor in einfacher Dosis negativ, in zweifacher +, in drei- bis fünffacher ++++. Nonne +; Weichbrodt ++; Pandy ∅. Zellen 4:3. Kolloidreaktionen +, leicht verschoben. WaR. im Serum ++.

Am 12. 7. 1928 erfolgte Recurrensimpfung mit Stamm Angola. Da die Infektion nur mäßig mit zwei Anfällen mit Höchsttemperaturen bis 39,7° C. anging, wurde am 31. 8. 1928 eine Superinfektion mit dem gleichen Stamme vorgenommen, mit dem Erfolge, daß noch sieben Anfälle mit Höchsttemperaturen von 40,1° C. eintraten.

Von Mitte Dezember 1928 an wurde E. freier. Er zeigte gute Stimmung, sprach, wenn er gefragt wurde, zutreffend, aß ordentlich, hielt sich sauber und beschäftigte sich zunächst mit Zupfen. Er hatte wieder Interesse für seine Familie. Am 14. 2. 1929 war die WaR. im Venenblut und Liquor negativ; Nonne ∅; Weichbrodt ++; Pandy ∅. Goldsol-R. Lues latens-Kurve; Kafka-R. Lueszacke. Zellen 23:3.

Digitized by Google

Am 23. 2., 7. 3. und 6. 4. 1929 wurden Injektionen mit Recurrens Duttoni vorgenommen, die kein Fieber zeitigten. Am 16. 6. 1929 fand eine Impfung mit Recurrens Hispanica statt. Es traten zwei Fieberanfälle mit Höchsttemperaturen von 38,8° C. auf.

Bis zum 15. 10. 1931 nahmen die biologisch-serologischen Reaktionen immer weiter ab, bis schließlich WaR. im Venenblut und Liquor negativ waren, die Zellzahl 3:3 betrug und von den Globulinreaktionen lediglich Weichbrodt Opalescens und die Kolloid-R. Lues latens-Kurven boten.

Auch das klinisch-psychiatrische Zustandsbild besserte sich immer mehr, so daß E. von Mitte 1929 an sich regelmäßig und fleißig in der Schneiderei betätigte, sich geordnet verhielt, nach jeder Richtung hin orientiert war und nur gelegentlich einmal zu leichten Verstimmungen neigte.

Am 11. 1. 1931 bot er folgenden Befund: Kleiner, gesund aussehender, etwas dürftiger Mann. Pupillen gleich, rund, mittelweit, verengen sich prompt bei Belichtung, konsensuell und beim Nahesehen. Facialis o. B., Reflexe o. B., Brust- und Bauchorgane ohne nachweisliche krankhafte Veränderungen. Sprache ganz unauffällig. Schrift recht gut, sauber, orthographisch richtig und ohne Auslassungen, völlig einwandfrei.

E. ist ganz und gar nach jeder Richtung orientiert. Er ist frei von Sinnestäuschungen und Wahnideen, frei von krankhaften Absonderlichkeiten und Manieren. Sein Verhalten ist natürlich und angemessen. Er gibt rasch, richtig und willig Auskunft und antwortet zum Teil recht schlagfertig und mit gewissem Humor. Er ist über die Tagesereignisse im wesentlichen unterrichtet und weiß über die aktuellen Fragen des politischen Lebens, über die er sich durch regelmäßiges Zeitunglesen gut unterrichtet, Bescheid. Rechnen erfolgt etwas langsam, aber nicht auffallend schlecht. Merkfähigkeit ist gut. E. arbeitet seit Monaten sehr fleißig in der Schneiderei, greift auch auf der Abteilung ordentlich zu, ist gutmütig, freundlich, verträglich und in rührender Weise bemüht, hilflosen Kranken nützlich zu sein.

Epikrise:

Ein 43jähriger Luetiker erkrankt im Oktober 1927 an leichter Ermüdbarkeit, Depression und Unlust zur Arbeit. Nach nicht genau angegebener antiluetischer Behandlung wird er ganz vorübergehend wieder arbeitsfähig. Schon nach 14 Tagen treten aber Wahnvorstellungen, Beeinträchtigungsideen und Katastrophenangst mit Selbstmordideen auf, die Anstaltsunterbringung nötig machen. Allmählich bildet sich das klinisch-psychiatrische Bild einer Katatonie aus, während die serologisch-biologischen Reaktionen auf das Bestehen einer progressiven Paralyse hinweisen. Kleine Neosalvarsandosen, eine Myosalvarsan- und Malariakur ändern am Zustande zunächst nichts. Etwa 4 Monate nach Beginn der Malariakur setzt eine allmähliche Besserung des klinischen und serologisch-biologischen Bildes ein.

Nach einer nunmehr durchgeführten Recurrenskur wird nach

Digitized by Google

Verlauf eines weiteren halben Jahres eine sehr sinnfällige Besserung bemerkbar, die nach noch mehreren z. T. ohne, z. T. mit Fiebererfolg vorgenommenen Recurrensimpfungen mit verschiedenen Stämmen schließlich zu einer fast völligen klinischen und biologisch-serologischen Sanierung führt.

Fall 5. Protokoll Nr. 37.

T. Frau Else geb. R., geb. 19. 9. 1880, Oberkellnersehefrau.

Frau T. hat eine Fehlgeburt im vierten Schwangerschaftsmonate durchgemacht und zwei Kinder geboren, die früh verstorben sind. Sie war von Jugend auf etwas eigensinnig und leicht erregbar. Anfang Januar 1923 begann sie teilnahmlos zu werden und die Wirtschaft zu vernachlässigen. Sie schlief schlecht, erzählte fortwährend, sprach wirres Zeug, z. B. von schwarzen Streichhölzern, von fünf verbrannten Bettüchern, daß sie nichts mehr zu essen hätten. Sie schien Stimmen zu hören und schlug schließlich auf ihren Mann ein.

Am 30. 1. 1923 wurde sie der Heil- und Pflegeanstalt Dresden zugeführt; hier war sie unruhig, ängstlich, verwirrt, antwortete meist gar nicht und machte bei der körperlichen Untersuchung durch ihr abweisendes, negativistisches Verhalten Schwierigkeiten. Sie bot auch Andeutung von Verbigeration. Es wurde eine Spätkatatonie angenommen.

Am 17. 3. 1923 kam sie nach Arnsdorf. Sie war anfangs ganz widerstrebend, negativistisch und mutazistisch. Die Pupillen waren gleich, leicht entrundet, verengten sich nur wenig ausgiebig bei Belichtung. Sonst waren die Reflexe o. B. Am 6. 4. 1923 war die WaR. im Blutserum ++++; am 16. 4. 1923 im Liquor ++++.

Am 26. 4. 1923 fand Recurrensimpfung mit Stamm Duttoni statt, ohne Erfolg. Superinfektion am 27. 5. 1923. Sie hatte neun Fieberanstiege mit Höchsttemperatur bis 41° C zur Folge. Etwa 9 Wochen nach der Infektion zeigte sich eine beginnende Besserung. Die Patientin fing an, klarer und mitteilsamer zu werden; sie zeigte sich orientiert. Nach kurzer Zeit war die Besserung soweit fortgeschritten, daß Frau T. am 12. 10. 1923 entlassen werden konnte.

Frau T. ist in den letzten 8 Jahren regelmäßig zu Nachuntersuchungen hierher gekommen und hat klinisch immer einen ganz einwandfreien, gesunden Eindruck gemacht. Nach Angaben ihres Ehemannes erledigt sie seit jener Zeit ihre Wirtschaft selbständig; sie kocht, kauft ein und bringt die Wohnung allein in Ordnung.

Die biologisch-serologischen Untersuchungen sind aber bezüglich der WaR. im Blut und Liquor bis zum 11. 5. 1931 ++++ gewesen. Im übrigen fielen die Befunde schwach aus: Zellen 0:3. Nonne und Pandy Spur Opalescenz; Weichbrodt Ø. Goldsol-R. Lues latens. Kafka-R. negativ.

Epikrise:

Frau T. erkrankt im Jahre 1923 im Alter von 42 Jahren an einem mit Negativismus, Gehörstäuschungen und zwischendurch auch mit ängstlicher Verwirrtheit einhergehenden Symptomkomplex, der zunächst als Spätkatatonie aufgefaßt wurde.

Auf Grund der biologisch-serologischen Untersuchung wird schließlich eine progressive Paralyse festgestellt. Nach Behandlung derselben mit Recurrens tritt klinisch völlige Sanierung bei Fortbestehen der positiven Wa.R. im Liquor und Blutserum ein.

Digitized by Google

Fall 6. Protokoll Nr. 118.

L., Anna Franziska geb. M., geb. 17. 3. 1879, Arbeitersehefrau.

In ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen. Wurde Kellnerin. Heirat 1905. Keine Fehlgeburten. Angeblich zwei lebende gesunde Kinder. Lues wird zugegeben. Wann Infektion erfolgte, läßt sich nicht feststellen. Im November 1923 verließ Frau L. nach einer heftigen Szene mit ihrem Ehemanne ihre Wohnung und kam erst am nächsten Tage wieder, ohne zu sagen, wo sie gewesen war. In der Folgezeit blieb sie öfters die Nächte weg. Sie behauptete dann immer, sich verirrt zu haben, und erzählte von herrlichen Erlebnissen, die sie unterwegs gehabt habe. Sie wurde einmal von der Polizei umherirrend aufgegriffen und nach Hause gebracht. — Im Haushalt wurde sie immer unordentlicher und vergeßlicher. Sie konnte nicht mehr mit Geld umgehen. Ungefähr von Anfang Februar 1924 an trat eine auffallende Verschlimmerung ein. Frau L. beschimpfte und bedrohte ihren Mann, wurde durch Geräusche, wie durch Hundegebell, sehr aufgeregt, glaubte sich von allen Leuten betrogen und äußerte Größenideen.

Am 25. 2. 1924 wurde sie der Heil- und Pflegeanstalt Dresden zugeführt. Hier zeigte sie sich gereizt. Sie sprach geschraubt, war abweisend, verkroch sich unter der Bettdecke, war sehr zerfahren, öfters ängstlich und glaubte, Mörder seien da. Zwischendurch war sie euphorisch. Bei leidlicher, persönlicher, örtlicher und zeitlicher Orientierung war sie nicht imstande, Zusammenhängendes über ihren Lebensgang zu berichten. Sie war unbesorgt bezüglich der Zukunft, zog sich von den Mitpatienten zurück und erzählte phantastische Erlebnisse, daß sie Gott und Engel mit Harfen und Violinen, Flieger und Autos in der Luft gesehen habe.

Pupillen waren lichtstarr; links bestand Ptosis. Silbenstolpern. Starke Druckempfindlichkeit der Nervenstämme.

2. 4. 1924 Aufnahme in Arnsdorf. Größe: 149 cm. Gewicht: 47 kg. Leichte Facialisparese rechts. Fibrilläre Zuckungen in den Lippen. Linke Pupille weiter als rechte, beide lichtstarr, verengen sich prompt beim Nahesehen. Kniesehnenreflexe gesteigert. Deutliches Silbenstolpern. Schrift unorthographisch, aber nicht ausgesprochen paralytisch. — Liquor am 9. 5. 1924 bei einfacher Dosis +, bei zweieinhalbfacher +++. Zellen 105 : 3. Nonne ++; Weichbrodt +++; Pandy +++. Goldsol-R. Lues latens-Kurve. Mastix-R. positiv. Kafka-R. positiv. WaR. im Serum ++++.

Frau L. zeigte sich stets besonnen. Sie ließ sich willig untersuchen. Sie war oft gehoben-heiterer Stimmung und äußerte blühende Größenideen. Sie habe viel Gold und Edelsteine, sei adlig, besitze viel Schlösser, wolle einen Rittmeister heiraten, habe einen Sohn, der Ingenieur, Zahnarzt und Tierarzt wäre und habe 24 Kinder von Verwandten großgezogen. Ihre Mutter und die Großeltern seien gestorben, aber wieder erweckt worden. Sie hätte die alten Leute im Schloß gesehen, ebenso den lieben Gott, Engel und Flieger.

4. 6. 1924: Hat in der letzten Zeit sehr unter dem Eindrucke ihrer Wahnideen und Sinnestäuschungen gelitten. Lag oft verkehrt und ohne Hemd zu Bett, weil die »Meyern sie vergiftet« habe; diese hätte den Krebs und sie sei angesteckt worden. Dann sprach sie wieder von ihrer bevorstehenden Heirat mit einem Zahnarzt, Landwirt und Trichinenbeschauer. Gelegentlich zeigte sie sich sehr laut, schimpfte und schrie, weil sie elektrisiert würde. Es machte Schwierigkeiten, sie zum Aufstehen zu veranlassen, weil sie immer mit irgendwelchen Gegengründen kam, bald daß sie vergiftet und elektri-

Digitized by Google

siert würde oder eben erst geboren habe. Im Bett war sie ganz mit sich selbst beschäftigt, sprach vor sich hin und antwortete offenbar halluzinierten Stimmen. Nur selten war sie zu Antworten zu veranlassen; dann zeigte sie sich aber stets völlig besonnen. Bisweilen neigte sie zur Pseudologia phantastica und erzählte wirres Zeug von Unterschlagungen und Verschleppungen; daß sie vom »Südwester Huller nach Neupacker 4 verschleppt« worden sei; daß sie von 18 Italienern geraubt, nach den »Evahäusern« gebracht worden wäre und daß ein »besserer Herr« mit ihr nach Kopenhagen gereist sei. Jetzt sei sie »schwarzer Geist«. Auch späterhin bot sie ungefähr das gleiche psychische Bild. Etwa von Januar 1926 an stand sie regelmäßig auf, um gelegentliche kleine Handreichungen auf der Abteilung zu verrichten. Meist saß sie ganz untätig umher. Sie hielt sich von den anderen Kranken zurück, unterhielt sich nie mit ihnen, hatte gar kein Interesse für ihre Familie, ließ den Ehemann bei seinen Besuchen stehen, ohne ihn eines Wortes zu würdigen. Von Dezember 1929 an wurde sie stumpfer. Sie zog sich selbständig an, wurde aber unsauber mit Urin. Fragen beantwortete sie kaum mehr. Sie wurde immer teilnahmloser und langsamer. Sie fiel über eine Türschwelle und zog sich dabei links eine Malleolusfraktur zu. In der Folgezeit wurde sie durch die notwendige Bettruhe zusehends schwerfälliger. Sie nahm erheblich an Körpergewicht zu, so daß sie zuletzt bei einer Größe von 149 cm 77 kg wog. Jetzt spricht sie kaum noch ein Wort. Aus den wenigen sprachlichen Äußerungen läßt sich aber feststellen, daß sie keine paralytischen Sprachstörungen hat, daß sie richtig auffaßt und besonnen ist. — Pupillen sind lichtstarr geblieben. Kniesehnenreflexe gesteigert. Die Schrift ist unorthographisch, aber nicht ausgesprochen paralytisch. Als ihr aufgegeben wird, den Anfang des alten Paradigmas, das sie schon vor Jahren geschrieben hatte, nach Diktat zu schreiben, tut sie das und fügt spontan die Fortsetzung hinzu, um dann allerdings den letzten Teil immer wieder nach der Art der Verbigeration hinzuschreiben. — Sie spricht noch immer viel vor sich hin, droht dabei und schlägt in die Luft, so daß man auf das Fortbestehen von Gehörstäuschungen schließen kann.

Recurrensimpfungen wurden bei Frau L. am 4. 6. 1924, 15. 1., 9. 4., 23. 5. 1925 mit dem homologen Stamme Duttoni vorgenommen. Nach der ersten Impfung stellte sich ein mittelheftiges Rückfallfieber ein mit sieben zum Teil mehrtägigen Anfällen mit Höchsttemperaturen bis zu 40,6° C. Die Wiederimpfungen mit dem gleichen Stamme gingen naturgemäß nicht mit Fieber an.

Am 15. 6. 1925 war der Liquor-Wa. in allen Konzentrationen negativ. Zellen 3 : 3. Nonne +; Weichbrodt ++. Goldsol-R. ∅. Kafka-R. +. WaR. im Venenblut ++. — Späterhin wurden noch mehrere Impfungen mit lebender Pallida vorgenommen mit dem Erfolge, daß die serologisch-biologischen Reaktionen zunächst wieder alle stark positiv wurden, um dann im Liquor vom 27. 7. 1926 an bis zu der am 20. 10. 1931 zuletzt vorgenommenen Lumbalpunktion praktisch negativ zu bleiben. Die WaR. im Serum blieb ++++. Das Ergebnis der letzten Lumbalpunktion war: WaR. im Liquor bei fünffacher Dosis ⌀. Zellen 12 : 3 (Erythrocyten). Nonne ⌀; Weichbrodt Spur Opalescens; Pandy ⌀. Goldsol-R. Lues latens-Kurve. Kafka-R. ⌀.

Epikrise:

Eine 44jährige Arbeitersehefrau wird im Jahre 1923 dadurch auffällig, daß sie nachts wiederholt ihre Behausung verläßt und nach

Digitized by Google

ihrer Rückkehr von »herrlichen Erlebnissen« spricht. Sie wird in ihrem Haushalte vergeßlich, unordentlich und kann nicht mehr richtig mit ihrem Gelde umgehen. Ihrem Manne gegenüber zeigt sie sich reizbar und drohend. Sie wird empfindlich gegen Geräusche, besonders gegen Hundegebell, glaubt sich von allen Leuten betrogen, äußert Größenideen, ist aber gleichzeitig manieriert, abweisend, zerfahren und bei erhaltener Besonnenheit von Täuschungen des Gesichts-, Gehörs- und Gemeinsinns gequält. Sie neigt zu phantastischen Erzählungen im Sinne der Pseudologia phantastica.

Neurologisch bietet sie reflektorische Pupillenstarre, Sprachstörungen, Lippenbeben; biologisch-serologisch den für Paralyse kennzeichnenden Befund. — Das klinisch-psychiatrische Bild bietet bei ihr bereits vor Beginn der Behandlung ein Gemisch von den für Paralyse und von den für Schizophrenie kennzeichnenden Symptomen.

Im Anschlusse an verschiedene Recurrens- und Pallidakuren schwinden die für Paralyse charakteristischen serologisch-biologischen Merkmale völlig, die Sprachstörungen und Größenideen gehen allmählich ganz zurück, und es ist heute, 9 Jahre nach Ausbruch der Paralyse, schließlich das Bild der ausgebrannten Schizophrenie übrig geblieben, der »sekundären Demenz«, bei dem lediglich die reflektorische Pupillenstarre noch an die alte progressive Paralyse erinnert.

Fall 7. Protokoll Nr. 12.

F. Hermann Arthur, Werkmeister, geb. 20. 11. 1879.

Über luetische Ansteckung ist nichts bekannt. Litt seit Januar 1920 an Rückenschmerzen. Wurde schwermütig, ruhelos und machte am 13. 2. 1920 einen Selbstmordversuch mit Höllensteinlösung. Meldete sich selbst in einem Krankenhaus und machte dort Salvarsankur durch. Am 20. 5. entlassen.

Anfang August 1920 wieder unruhig und deshalb am 18. 8. der Heil- und Pflegeanstalt Dresden zugeführt. Anfangs sehr erregt, verwirrt, wälzte sich auf dem Fußboden, zeigte Echolalie, Echopraxie und Verbigeration, schrie, verzerrte das Gesicht, zerriß Bettwäsche. Allmählich ruhiger, klagte über eigentümlichen Geschmack im Munde. Am 23. 9. 1920 zu seinen Angehörigen entlassen. Übte, nachdem er 1 Jahr lang in ambulanter Behandlung gestanden hatte, von August 1921 an seinen Beruf als Werkmeister wieder aus und zeigte sich bis Pfingsten 1922 unauffällig. Dann wurde er wieder unruhig. Er wollte dauernd spazieren gehen, lebte unsolid, trank, trieb sich mit Weibern herum, verschwendete sein Geld, versagte in seiner beruflichen Tätigkeit. Am 17. 6. 1922 wurde er, weil er ohne Barmittel zu haben, eine Tour ins Erzgebirge unternehmen wollte, in die Heil- und Pflegeanstalt Dresden gebracht, wo er sich sorglos, stumpf, zufrieden, euphorisch-dement zeigte. Er gab gleichgültig sein ausschweifendes Leben, das er zuletzt geführt hatte, zu und äußerte Größenideen; er wolle viel Geld verdienen, bald heiraten, eine große Reise durch Tirol bis Venedig unternehmen und eine Villa mit drei Stockwerken kaufen. Er zeigte sich vergeßlich. Es bestand reflektorische

Digitized by Google

Pupillenstarre, Fehlen der Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe, Silbenstolpern. Am 11. 7. 1922 Lumbalpunktion: WaR. einfache Dosis schwach positiv, zwei- bis fünffache positiv. Lymphocytose. Pandy ++++. WaR. im Venenblut positiv.

9. 8. 1922 nach Arnsdorf verlegt. Klinisch und serologisch-biologisch das Bild der Tabes-Paralyse. Will gleich nach der Entlassung von hier eine Schwester heiraten. Wie sie heißt, wisse er nicht. Er habe sie noch nicht gefragt. 25. 9. 1922 Recurrensimpfung Stamm Duttoni: Guter Angang der Infektion (11 Fieberanfälle).

24. 12. 1922: Hat die Fieberkur gut überstanden, zeigt sich orientiert und besonnen, aber schwachsinnig und kindisch, übertrieben höflich und bescheiden; halluziniert; hört, daß drei Schwestern in einer Zelle eingesperrt seien und ihm zurufen: »Wir sind 6 Tage hier ganz allein eingesperrt, haben kein Essen bekommen, können uns auch nicht bewegen. Wir heißen Agnes Bernauer aus Crimmitzschau, Luise und Margarete Bernauer aus Dresden.« Erzählt von einem »grauen Männchen«, das ihn bisweilen besuche. Seitdem dies komme, könne er Gedanken lesen.

8. 3. 1923: Beklagt sich, daß seine Lebensgeschichte auf dem Boden von Leuten »ausgesungen« würde, und daß er weiße Stäbchen, Krankheitserreger, »angeworfen« bekomme, die er dann wieder »ausstäuben« müsse. In der Folgezeit äußert er zahlreiche hypochondrische, mehr oder weniger phantastische Vorstellungen, bei denen »graue, weiße und rote Stäbchen«, die er als »Syphiliden« bezeichnet, eine große Rolle spielen. So spricht er häufig von »rotem Stabeinzug der Nase« und von »weißem Einzug des Mundes«. Dadurch entsteht nach seinen Vorstellungen allmählich »ein allgemeiner innerer Stabbelag von alt-roter und alt-grauer Farbe«. Dieser muß regelmäßig »ausgestrahlt« werden; dabei kann es bis zum »dreifachen Stababgang« kommen. Zum Zwecke dieser Ausstrahlungen legt er sich in ganz grotesker Weise zurück und entblößt den Leib. Er ist sehr ungehalten, wenn er bei diesem stundenlang dauernden Vorgange gestört wird.

Diese Stabangelegenheit beherrschte sein Leben vollständig. Sie zwang ihn zu langausgedehnten Ruhepausen bei seiner Beschäftigung, zu eigenartigen, bizarren, langsamen Bewegungen, zu einem trippelnden, schiebenden, drehenden Gang, bei dem schließlich nur ein Fuß ganz vorsichtig und behutsam dicht vor den anderen gesetzt wurde. Da er bei alledem immer einen sehr guten Appetit hatte, nahm er allmählich sehr erheblich an Gewicht zu, so daß er schließlich bei einer Größe von 160 cm 204 Pfund wog.

Bis zuletzt war er persönlich, zeitlich, örtlich und in der Situation im wesentlichen orientiert und gab über sein ganzes Leben recht genaue und, soweit man es kontrollieren konnte, auch richtige Auskunft. — Die Gehörshalluzinationen haben im Laufe der Jahre offenbar an Intensität abgenommen. Die Täuschungen des Gemeingefühls hielten aber bis zu seinem Tode an. Noch zuletzt behauptete er, von »Feinstäbchen angefüllt« zu sein, die er namentlich von 6—8 Uhr abends »ausstrahlen« müsse. Intellektuell bot er keine wesentlichen Ausfälle. Er interessierte sich für die Tagesereignisse, las Zeitungen und Bücher, rechnete rasch und richtig und suchte sich bis 1929 auf verschiedene Art, teils als Schlosser, teils in der Schneiderei nützlich zu machen. Allmählich gab er aber die Tätigkeit außerhalb seiner Station auf, weil er infolge seiner Bewegungsbehinderungen nicht mehr regelmäßig bis zu der Arbeitsstätte hin- und zurückgehen konnte. Er saß in den letzten Jahren meist »aus-

Digitized by Google

strahlend« auf dem Sofa oder beschäftigte sich mit leichten Betätigungen im Sitzen, wie mit Putzen von Objektträgern und Deckgläsern. Die Schrift war bis zuletzt einwandfrei, die Sprache gelegentlich etwas stammelnd, aber nicht stolpernd. Die Pupillen waren lichtstarr und die Kniesehnenreflexe nicht auslösbar. Die biologischen und serologischen Reaktionen waren am 15. 12. 1923, 1¼ Jahr nach der ersten Recurrensimpfung, negativ. Am 16. 2. und 14. 9. 1925 war die WaR. im Liquor bei einfacher Dosis (+), bei zweieinhalbfacher ++, bei fünffacher ++++. Nach einer am 26. 9. 1925 vorgenommenen Wiederholung der Recurrensimpfung mit dem homologen Stamme Duttoni wurden die Reaktionen wieder negativ und blieben es im Liquor und Blut bis zur letzten Kontrolle am 26. 6. 1929.

Am 11. 6. 1931 starb F. plötzlich im direkten Anschlusse an ein Bad. Die Sektion ergab: schwere allgemeine Fettsucht, mäßige Verfettung des Herzens; Mesaortitis syphilitica, Herzhypertrophie. Stauungsleber. Stauungsmilz und Stauungsnieren. Schwellung des rechten Beines. Ulcusnarben am linken Beine. Tödliche doppelseitige Lungenembolie.

Das Hirngewicht betrug 1370 g. Die histologische Untersuchung des Gehirns deckte eine leichte stationäre Paralyse auf. In den Meningen fanden sich ganz vereinzelte, zum Teil regressiv veränderte Plasmazellen eingestreut, in der Hirnrinde nirgends Infiltrate, sondern nur seltene vereinzelte Plasmazellen, nirgends akute Gliawucherungen, keine Stäbchenzellen; an den Gefäßen ließen sich leichte endarteriitische Veränderungen feststellen. Die Eisenreaktion fiel fast negativ aus. Am Schläfenlappen waren die Erscheinungen qualitativ und quantitativ ebenso wie an den anderen Hirnteilen.

Epikrise:

Bei einem 41jährigen Manne, bei dem von luetischer Ansteckung nichts bekannt ist, stellt sich unter leichten hypochondrischen Beschwerden eine depressive Verstimmung ein, die zu einem schwächlichen Selbstmordversuche und im Anschluß daran zu freiwilligem Eintritt ins Krankenhaus Anlaß gibt. Hier wird eine Salvarsankur vorgenommen. Nach kurzem Intervalle bereitet sich allmählich ein Erregungszustand vor, der zu Verwirrtheit mit typisch-katatonen Erscheinungen, Echolalie, Echopraxie und Verbigeration mit Grimmassieren und impulsiven Handlungen führt. Etwa gleichzeitig treten offenbar Täuschungen des Geschmacksinnes auf. Schon nach reichlich einmonatigem Bestande klingt die Psychose, die den Eindruck eines schizophrenen Schubs macht, ab, so daß der Kranke 1 Jahr lang zu Hause ambulant behandelt werden und schließlich seine alte Arbeit wieder aufnehmen kann.

Nach etwa ¾jähriger Tätigkeit versagt er in seinem Berufe und beginnt, ausgeprägt paralytische Symptome zu zeigen, Hemmungslosigkeit, Neigung zu Ausschweifungen, Verschwendungssucht, Größenideen. Es werden klinisch, neurologisch und serologisch-biologisch die Zeichen der Paralyse nachgewiesen. Etwa ¼ Jahr nach Beginn einer Recurrenskur werden zu einer schon seit über 4 Wochen völlig fieberfreien Zeit zum ersten Male Gehörshalluzina-

Digitized by Google

tionen bei erhaltener Besonnenheit und paranoide Vorstellungen, die wieder an Schizophrenie erinnern, beobachtet. Diese bestehen bis zu dem im Juni 1931 erfolgten Tode, also fast 9 Jahre. Irgendwelche auf Paralyse hindeutende Symptome konnten während dieser Zeit, abgesehen von der reflektorischen Pupillenstarre und dem Fehlen der Kniesehnenreflexe, die aber wohl als Narbensymptome aufgefaßt werden können, nicht nachgewiesen werden. Die biologisch-serologischen Reaktionen, die erst den für Paralyse kennzeichnenden Ausschlag gaben, werden nach einer Recurrenskur völlig negativ. Nach 2½ Jahren fallen die höheren Konzentrationen des Liquors bei der Wa.R. positiv aus, um auf eine Wiederholung der Recurrensimpfung mit dem homologen Stamme, die naturgemäß infolge der homologen Immunität kein Fieber hervorruft, für dauernd negativ zu werden.

Die Hirnuntersuchung bot das Bild einer leichten stationären Paralyse, ohne gesteigerte Beteiligung des Schläfenlappens.

Fall 8. Protokoll Nr. 340.

M. Wladislaw Anton, kaufm. Agent, geb. 2. 6. 1878.

M. soll ein begabter Schüler gewesen sein. Er besuchte die Handelshochschule und wurde 1907 Zigarrenhändler, 1911 Vertreter für Maschinen. 1904 wurde er wegen Verleitung zum Meineid zu 1 Jahr Zuchthaus verurteilt. Etwa 1916 behauptete er, daß seinem Essen von seiner Frau Gift beigemengt würde. Er war damals beim Militär und meldete sich krank, da er deshalb keinen Dienst tun könne. Da sich für seine Klagen keine objektive Ursache finden ließ, wurde er zu 14 Tagen Arrest verurteilt. 1921 ließ er sich von seiner Frau scheiden und zog mit einem Mädchen zusammen. Aber auch jetzt tauchten die Vergiftungsideen wieder auf. M. meinte, durch die Giftbeimischungen gedächtnisschwach, arbeitsunlustig und steril gemacht werden zu sollen. Er trennte sich von dem Mädchen und lebte dann mit seinem Sohn zusammen. Schon nach kurzer Zeit glaubte er, daß dieser ihm auch Gift zuführte, und zwar durch Getränke. Es kam zu Streitigkeiten mit seinem Sohne, und M. verrannte sich schließlich in die Ansicht, daß dieser Sohn gar nicht sein richtiges Kind, sondern ein untergeschobenes wäre, das den Fleischer und alle Leute, zu denen er hinkam, beeinflußt hätte, ihm schlechtes, vergiftetes Essen zu reichen.

Ende März 1929 wurde er wegen Gewaltunzucht in Haft genommen, aber nach wenigen Tagen wegen Geisteskrankheit in die Heil- und Pfleganstalt Dresden und am 28. 5. 1929 in die Heil- und Pfleganstalt Arnsdorf gebracht. In der Untersuchungshaft war er auch wieder mit seinen Vergiftungsideen hervorgetreten und hatte behauptet, Stimmen zu hören, die ihm alle möglichen Schlechtigkeiten sagten. Auch in der Dresdner Anstalt hatte er Vergiftungsideen und fühlte sich von anderen Kranken beeinflußt, so daß er Anzeige bei der Staatsanwaltschaft machte. Er vertrug sich schlecht mit den Mitkranken und schlug sich mit ihnen herum. Dauernd äußerte er Klagen über körperliche Beschwerden, wie Kopfschmerz, Schwindel, Brechreiz, die er alle auf schädliche Beimischungen im Essen schob. Dabei fehlte ihm jede wirkliche Krankheitseinsicht.

M. war von den Beeinträchtigungs- und Verfolgungsvorstellungen vollständig beherrscht; unter ihrem Eindrucke erstattete er auch gegen das junge

Digitized by Google

Mädchen, mit dem er eine Zeitlang zusammen gewohnt hatte, Anzeige und warf ihr gelegentlich auch einen Stempelhalter an den Kopf.

In einem Café sei ihm bei dem Genusse einer Lachssemmel so übel geworden, daß er die Stimme fast verloren habe und schlapp geworden sei. Die Lachssemmel brachte er zur Kriminalpolizei. Dort habe er nicht mehr richtig denken können und sich so übel gefühlt, daß die Beamten ihn für »besoffen« gehalten hätten. Sein Sohn habe ihn mit präparierter Kohle zu vergiften versucht. Er habe ihm auch Wurst gebracht, die schlecht schmeckte und große Übelkeit und Schlaflosigkeit erregte. Auch schlechtes Brot habe er ihm »extra backen« lassen und ihm vergiftete Milch vorgesetzt. Der Kohlenhändler habe verdächtige Halbsteine verkauft, die beim Verbrennen besonders stanken, und das Holz, das er gekauft habe, sei für ihn »extra in den Regen gelegt oder mit Wasser begossen« worden. Gegen Leute, mit denen er auf einer Reise zur Messe in Köln zufällig zusammengekommen war, und von denen er glaubte, daß sie alle im Bunde gegen ihn gewesen seien, beantragte er Strafantrag und »ganz strenge Untersuchung«.

In der Heil- und Pfleganstalt Dresden war eine paranoide Erkrankung paraphrenen Charakters, also ein der Schizophrenie-Gruppe zugehöriges Leiden angenommen worden. Die Wa.-Reaktion im Blutserum war damals positiv ausgefallen. Der Liquor konnte nicht untersucht werden, weil M. die Einwilligung zur Lumbalpunktion verweigerte.

Am 28. 5. 1929 wurde er nach Arnsdorf übergeführt. Psychisch bot der Kranke zunächst dasselbe Bild wie in Dresden. Er beklagte sich über dauernde Vergiftungsversuche. In weitschweifigen Erzählungen, schriftlichen Berichten und Eingaben brachte er immer wieder dieselben Beeinträchtigungs- und Verfolgungsvorstellungen. Unerschütterlich und unbelehrbar hielt er an diesen fest. Auch hypochondrische Ideen beherrschten ihn in gleicher Weise wie früher. Während er anfangs seinen krankhaften Wahn nur auf die Leute seiner früheren Umgebung bezog, übertrug er ihn sehr bald auch auf die des neuen Milieus; Pfleger und Mitkranke wurden in gleicher Weise beschuldigt, schädigende Stoffe in seine Getränke und in sein Essen getan zu haben. Zwei Oberpfleger seien gedungen, ihm vergiftetes Fleisch zu verabreichen und gelegentlich sei ihm mit dem Fleischsalat ein Bandwurm in den Mund gesteckt worden.

Die Orientierung war sonst nach jeder Richtung gut erhalten, die Besonnenheit stets vollkommen klar.

Die körperliche Untersuchung deckte Verschiedenheit der Pupillen bei Erhaltensein der Lichtreaktion, eine Schwäche des rechten Gesichtsnerven, Steigerung der Kniesehnenreflexe und stark positiven Ausfall der biologischen Reaktionen im Liquor und Blut auf. Deshalb wurde er am 19. 8. 1929 mit Recurrens Stamm Berbera geimpft. Die Infektion ging mit vier Fieberanfällen und Höchsttemperaturen bis 40° C an. Da das Ergebnis der Lumbalpunktion am 28. 11. 1929 noch stark positiv war, wurde am 31. 1. 1930 mit Recurrens Stamm Hispanica, die vier recht bescheidene Fieberanfälle mit einer einzigen Spitze bis 39,2° C verursachte, nachgeimpft. Eine weitere Impfung mit Stamm Angola erfolgte am 16. 4. 1930 (zwei Fieberanfälle bis 39,2° C). Am 27. 6. 1930 wurde mit Recurrens Stamm Duttoni geimpft, ohne wesentlichen Fiebererfolg. Am 2. 10. 1930 fielen die biologisch-serologischen Reaktionen wieder sehr stark positiv aus.

Psychisch hatte sich das Zustandsbild in der Zwischenzeit insofern ge-

Digitized by Google

ändert, als neben den Verfolgungsideen jetzt Größenideen klar hervortraten. Großartige Erfindungen in Fliegerei und Luftschiffahrt beherrschen jetzt seinen Gedankenkreis in einer Weise, daß er sogar den Willen äußert die Klagen wegen Mordversuch und dergleichen zurückzuziehen.

Am 17. 10. 1930 wird erneut mit dem apathogenen Recurrensstamm R. R., am 12. 12. mit dem apathogenen Stamme A. R. geimpft, beide Male, wie zu erwarten war, ohne Fiebererfolg. Am 10. 2. 1931 wird mit Recurrens Stamm Usbekistanica Pikul gespritzt; es treten zwei Anfälle mit Höchsttemperatur 39° C auf.

Am 30. 6. 1931 sind die biologisch-serologischen Ergebnisse noch unverändert stark positiv.

Am 13. 6. 1931 wird mit apathogener Recurrens Stamm As. ohne Fiebererfolg gespritzt. Das Resultat der biologisch-serologischen Untersuchung am 15. 10. 1931 war noch unverändert stark positiv.

Am 13. 11. 1931 ergab die klinische Untersuchung folgenden Befund: der sehr gebrechliche und hinfällige Mann, der wegen Schlucklähmung seit etwa 14 Tagen nur noch flüssige Kost zu sich nehmen kann und im Bett liegen muß, erkennt den Arzt, den er seit langer Zeit nicht gesehen hat, richtig und nennt ihn beim Namen. Er ist zeitlich ungefähr orientiert, örtlich nicht; er glaubt, in einem wendischen Dorfe zu sein. Von sich selbst sagt er, daß er »ein Wesen Gottes« sei und Benjamin Adler heiße. Den Namen Adler hat er symbolisch gewählt, weil er vom Himmel zu den Menschen herabgekommen sei. Er sei sehr reich und habe Erfindungen gemacht mit irgendwelchen Dampfmaschinen. Er habe unendlich viel Feinde. Weiter bekundet er, daß sein Vater im Himmel sich ihm oft offenbart habe. »Ich habe es nicht gehört, aber gefühlt. Gott redet doch nicht hörbar, sondern durch Hinweise; dabei hat er mir den Namen Adler zugelegt.«

Seine Antworten erfolgen alle prompt, aber mit einer so lallenden, verwaschenen und stolpernden Sprache, daß es bisweilen schwer fällt, sie zu verstehen. Die Schrift ist ausfahrend, zittrig und zeigt Anklänge an die der Paralytiker. So wird z. B. wiederholt statt n m geschrieben. Das Rechnen erfolgt relativ rasch und richtig; an der Aufgabe 157 — 63 rechnet er lange herum und bemüht sich außerordentlich, sie herauszubekommen. Schließlich sagt er, am Ende stehe eine 4.

Die neurologische Untersuchung zeigt untermittelweite, gleiche, runde Pupillen, die sich deutlich und prompt bei Belichtung, konsensuell und beim Nahesehen verengen, Fazialisparese links, muskuläre Zuckungen in der linken Gesichtshälfte, athetotische Bewegungen in der linken Hand, gesteigerte Kniesehnenreflexe.

Epikrise:

M. äußert zuerst im Jahre 1916, im Alter von 38 Jahren Vergiftungsideen, die er auf seine Frau bezieht. 1921 läßt er sich scheiden. Allmählich nimmt der Verfolgungswahn immer weiteren Umfang und groteskere Formen an, indem in ihn fast alle Menschen, mit denen M. zusammenkommt, hineinbezogen werden. Ein Mädchen, sein Sohn, Lieferanten, sogar der Kohlenhändler, Leute, mit denen M. zufällig auf einer Reise zusammentrifft, alle sind im Bunde gegen ihn. In unkorrigierbarer Weise hält er an seinen krankhaften Ideen

Digitized by Google

fest. Der Kranke macht Eingaben an die Behörden, Anklageschriften, queruliert. Er hört auch Stimmen, die ihm Schlechtigkeiten nachsagen. Er ist persönlich, zeitlich, örtlich orientiert und völlig besonnen. Er bietet das Bild einer paranoiden Erkrankung paraphrenen Charakters.

Im Jahre 1929, also 13 Jahre nach dem sinnfälligen Beginne seiner Krankheit, wird er in die Heil- und Pfleganstalt Arnsdorf gebracht. Hier wird durch die Liquoruntersuchung eine fortschreitende Hirnlähmung festgestellt. Mehrere Beeinflussungsversuche mit verschiedenen Recurrensstämmen bleiben serologisch-biologisch und klinisch ohne den erhofften Erfolg. Im Gegenteil, das Zustandsbild verschlechtert sich, indem sich zu den Verfolgungsideen allmählich noch typische paralytische Größenideen hinzugesellen.

Im November 1931 ist M. körperlich tief niedergeführt. Er hat die biologisch-serologischen Zeichen der progressiven Paralyse, schwere paralytische Sprachstörungen, zentrale Reizerscheinungen in Gestalt von linksseitigen Muskelzuckungen im Gesicht und athetotischen Bewegungen der linken Hand. Die Pupillen reagieren normal. Die Kniesehnenreflexe sind gesteigert. — Psychisch bietet er einen klaren systematisierten Verfolgungswahn, der mit einigen Größenideen durchsetzt ist und psychologisch keineswegs dem typischen Bilde der Paralyse entspricht. Es handelt sich um einen Fall, der vor Erkennung der paralytischen Psychose 13 Jahre lang einen rein chronisch-paranoid-halluzinatorischen Symptomenkomplex geboten hatte, und bei dem erst nach den Recurrensimpfungen auf psychischem Gebiete vereinzelte paralytische Züge allmählich zum Vorschein kommen.

Fall 9. Protokoll Nr. 157.

H. Emma Luise geb. L., geb. 22. 8. 1873, Oberpostsekretärswitwe.

Vom Zeitpunkte der luetischen Infektion ist nichts bekannt. Frau H. war von jeher etwas sonderbar. Sie trank gern. Sie hat drei Geburten durchgemacht, darunter eine Fehlgeburt. Seit etwa Anfang 1923 war sie recht auffällig geworden. Sie verdächtigte ihren Mann, sich mit anderen Frauen abzugeben; behauptete, daß der Hausarzt ihn als einen gemeinen Menschen, der das Zuchthaus verdiene, charakterisiert habe. Sie beschuldigte ihren Schwiegersohn, ihr und ihrer Tochter nach dem Leben zu trachten. Sie reiste viel umher, vernachlässigte ihre Wirtschaft, versteckte das Geld, verschwendete und verräumte ihre Sachen.

Am 10. 9. 1924 wurde Frau H. in die Heil- und Pflegeanstalt Dresden gebracht, wo sie unruhig und widerstrebend war, Angst hatte, daß sie geschlachtet werden solle, und sich von ihrem Schwiegersohne geschwängert glaubte. Sie antwortete auf keine Frage, wehrte sich gegen die Untersuchung, war nachts sehr unruhig, geisterte im Saal umher. Die Wa.-R. im Venenblut war positiv, im Liquor war sie nicht angestellt worden. Es bestand reflektorische Pupillenstarre, geringe Fazialisparese links. Die Patellarsehnenreflexe waren nicht auslösbar.

Am 7. 10. 1924 fand ihre Verlegung nach Arnsdorf statt. Hier war sie

Digitized by Google

zunächst so langsam, gehemmt und gesperrt, daß eine Verständigung mit ihr nicht möglich war. Sie lag mit geschlossenen Augen und abgewandtem Gesicht im Bett. Der Befund der körperlichen Untersuchung stimmte mit dem in Dresden festgestellten überein. Die biologisch-serologischen Reaktionen zeigten am 20. 10. 1924 folgendes Ergebnis: Wa.-R. im Liquor einfache Dosis ++++; Nonne +++; Weichbrodt ++++; Pandy ++++. Mastix- und Kafka-Reaktion: Paralysekurven. Zellzahl wegen Blutbeimischung nicht feststellbar. Wa.-R. im Venenblut ++++.

In der ersten Zeit lag die Kranke meist zu Bett, zeigte sich ruhelos, von ängstlichen Vorstellungen geplagt. Zwischendurch war sie auch einmal verwirrt. Sie war häufig depressiv verstimmt, weinte, war abweisend und drängte nach Hause.

Am 5. 11. 1924 wurde sie mit Recurrens Stamm Duttoni geimpft. Es traten acht mehrtägige Fieberanfälle mit Temperaturen bis 41,5° C auf. In der Folgezeit besserte sich der psychische Zustand erheblich, indem besonders der ängstliche und depressive Affekt, die Verwirrtheitszustände und das abweisende Verhalten mehr zurücktraten. Krankhafte Symptome waren aber deutlich vorhanden. Es konnte deshalb einer Beurlaubung ärztlicherseits nicht zugestimmt werden. Trotz des abratenden ärztlichen Bescheides wurde Frau H. am 7. 2. 1925 auf Urlaub geholt. Obgleich sie zu Hause nach Mitteilung des Ehemannes sich recht unerfreulich zeigte, oft grundlos schimpfte, Zank und Streit verursachte, »ganz tolle Gemütsexplosionen bot«, Einwohner ihres Heimatortes beleidigte und bei der Behörde ohne äußeren Anlaß denunzierte und »gefährliche Experimente« machte, bedenklich mit dem Feuer spielte, den Spiritusbrenner auf die glühende Herdplatte stellte, und obgleich sie Schulden machte und unnütze Einkäufe tätigte, wagten die Angehörigen sie wegen ihres Widerstrebens zunächst nicht wieder in die Anstalt zurückzubringen. Sie wurde am 27. 5. 1925 entlassen.

Am 6. 2. 1928 mußte sie nach Arnsdorf zurückgebracht werden, weil sie gefährlich wurde. Sie war von einem unbezähmbaren Hasse gegen ihren Mann und ihren Schwiegersohn erfüllt und hatte phantastische Verfolgungsideen geäußert, u. a. daß sie blind gemacht werden solle. Bei ihrer Zuführung behauptete sie, von zwei Gendarmen hierher verschleppt worden zu sein, weil sie die Schulden von ihrem Manne nicht erfahren sollte. Der Mann sei jetzt liederlich und ausschweifend geworden. Der Geist ihrer Schwester sei ihr erschienen und habe ihr gesagt, sie solle ihr die Wohnung wieder in Ordnung bringen.

Persönlich, zeitlich und örtlich ist sie orientiert, sie hat aber keine Krankheitseinsicht.

Am 16. 6. 1928 fand Impfung mit Recurrens Stamm Hispanica statt (drei Anfälle mit Höchsttemperatur bis 40,8° C). Vier weitere Impfungen mit Recurrens Berbera in der Zeit vom 15. 10. 1928 bis 13. 5. 1929 erzeugten kein Fieber. Die biologischen Reaktionen gingen im Laufe der Jahre immer mehr zurück, bis sie am 20. 10. 1931 praktisch negativ waren. Sie fielen wie folgt aus: Wa.-R. im Liquor fünffach negativ. Nonne negativ; Weichbrodt Opaleszenz; Pandy negativ. Zellen 8 : 3. Goldsol-R. Lues latens-Kurve. Wa.-R. im Venenblut nicht ganz negativ.

Das psychische Zustandsbild von Frau H. ist seit ihrer zweiten Zuführung im Februar 1928 im großen und ganzen unverändert. Die Kranke ist vollständig besonnen, persönlich, zeitlich, örtlich orientiert,

Digitized by Google

aber ohne Krankheitseinsicht. Sie steht dauernd unter dem Eindrucke von Gehörstäuschungen, behauptet, den ganzen Tag mit dem Rundfunk in Verbindung zu stehen. Auf diese Weise würden ihr die phantastischsten und schauerlichsten Dinge übermittelt: Ihr Bruder würde in Amerika geschlachtet, ihre Schwester und ihre Schwägerinnen seien durch und durch schlechte Weiber. Sie hätten den König und die Königin von Sachsen in Sybillenort, die Prinzessin Mathilde, Hindenburg, Bismarck und ihre sämtlichen Verwandten gemordet. Durch einen ganz scharfen Apparat würde den Leuten der Hals durchgeschnitten. Ihr Sohn besitze auch einen solchen Apparat, mit dem er Köpfe abschneide. Auf diese Weise käme lauter Menschenfleisch in die Anstalt, das obendrein noch von den Schwestern vergiftet würde; das müßten die Kranken essen. Auch höre sie ihre Enkelchen rufen »Wann kommst Du heim, Großmutti«. Die Kinder würden in Autos verschleppt und wochenlang, ohne daß sie etwas zu essen bekämen, um die Anstalt herumgefahren. Das habe sie selbst gehört und gesehen.

Unter dem Eindrucke dieser halluzinatorischen Erlebnisse schimpft sie recht häufig in sehr lebhafter und störender Weise. Der Affekt ist aber, an der Furchtbarkeit der Erlebnisse gemessen, recht matt. Er verpufft rasch, so daß die Kranke im großen und ganzen harmlos ist und im Handumdrehen ein läppisch-humorvolles Wesen an den Tag legt.

Sprache und Schrift sind einwandfrei, die Merkfähigkeit ist gut, Rechnen erfolgt ziemlich rasch. Vom körperlichen Befunde erinnert lediglich die reflektorische Pupillenstarre und das Aufgehobensein der Kniesehnenreflexe an eine spätsyphilitische Erkrankung.

Epikrise:

Die schon von jeher etwas eigenartige, schwierig zu behandelnde, unverträgliche Frau H. äußert im Jahre 1923, im Alter von 50 Jahren, Eifersuchtsideen und beängstigende Verfolgungsvorstellungen. Außerdem hat sie psychisch die Zeichen der paralytischen Unzulänglichkeit. Sie borgt sinnlos Geld, tätigt unnötige Käufe und versagt gegenüber den einfachsten Forderungen des Alltages.

Sie wird in die Anstalt gebracht, und der Verdacht, daß bei ihr eine fortschreitende Hirnlähmung bestehe, wird durch den positiven Ausfall sämtlicher diesbezüglicher biologisch-serologischer Reaktionen bestätigt.

Auf verschiedene Recurrenskuren treten die klinisch-psychiatrischen und serologisch-biologischen paralytischen Symptome nach und nach völlig zurück, und es besteht schließlich bei Erhaltensein der Besonnenheit ein chronisch-paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild, bei dem lediglich die reflektorische Pupillenstarre und das Aufgehobensein der Kniesehnenreflexe wohl als Narbensymptome an eine spätsyphilitische Erkrankung erinnern.

Fall 10. Protokoll Nr. 248.

R. Frau Emma geb. D., geb. 17. 12. 1878, Ober-Reg.-Sekr.-Ehefrau.

Eine Schwester des Vaters soll 30 Jahre krank in der Heil- und Pflegeanstalt Hubertusburg untergebracht gewesen sein. Frau R. selbst hat eine

Digitized by Google

luetische Infektion durchgemacht, wann, läßt sich nicht feststellen. 1920 wurde sie wegen einer Augenmuskellähmung antiluetisch behandelt. Seit 1924 ist sie nervös und reizbar. 1925 erlitt sie einen apoplektischen Insult mit Sprachstörung; Herbst 1926 noch zwei leichte Schlaganfälle, die alle keine dauernden üblen Folgen zurückließen. Seit etwa Februar 1927 hat sich ihre Erregbarkeit wesentlich gesteigert. Sie schlägt ohne erkennbaren äußeren Grund auf ihren Mann ein, macht verkehrtes Zeug, zerschneidet Wäsche und Kleider und glaubt vergiftet zu werden.

Am 20. 4. 1927 fand sie Aufnahme in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden. Sie zeigte sich dort euphorisch, expansiv, mitunter leicht verworren und ängstlich erregt. Die körperliche Untersuchung deckte lichtstarre, enge Pupillen, rechts Ptosis und Fazialisparese, artikulatorische Sprachstörung, Steigerung der Kniesehnenreflexe auf; die biologisch-serologische Untersuchung positive Wa.-R. im Liquor, Lymphozytose (37 : 3); Paralysekurven bei der Goldsol- und Mastix-R., stark positive Globulinreaktionen. Die Wa.-R. im Blutserum war negativ.

Am 28. 4. 1927 wurde eine Malariaimpfung vorgenommen (zwölf Fieberanfälle mit Temperaturanstiegen bis 40,6° C). Am 3. 6. 1927 wurde die Kranke der Anstalt Arnsdorf zugeführt.

Bei einer Größe von 153 cm und einem Gewicht von 53 kg bot sie körperlich einen Befund, der vollkommen dem in Dresden festgestellten entsprach. Klinisch-psychiatrisch zeigte sie die typischen Erscheinungen der klassischen expansiven Form der Paralyse: sie behauptete, Reichsgräfin Platen-Hallermund zu sein und Königin von Sachsen zu werden. »Die alte Reichsgräfin hatte keine Kinder; mein Mann ist der Sohn des Grafen mit einer Hofdame. Wir erben viel. Ich war Wirtschafterin bei einem alten Herrn, von dem erbe ich 80000 M. Außerdem habe ich irgendwoher 100000 M. geschenkt bekommen. Ich kann auch Leichen wieder lebendig machen. Den letzten Sachsenkönig habe ich auch aufgeweckt, da habe ich 36 Autos dafür bekommen. Durch Massage kann ich machen, daß die Leute 400 Jahre alt werden; durch Elektrizität geht das besser. Wir haben viel Möpse, die sind alle adelig und haben Halsbänder aus Brillanten. Wir haben ein Haus am Nordpol. Jetzt baut uns der Kaiser ein großes Schloß da oben um die Heidemühle. Wir haben soviel goldene Stühle; unsere Autos haben goldene Räder.« — In dieser Art erzählt sie viel durcheinander, um zwischendurch auch wieder auf Fragen zutreffende Antworten zu geben, welche darauf schließen lassen, daß sie zeitlich und örtlich einigermaßen orientiert ist. Gelegentlich gerät sie in plötzliche Erregungszustände.

Am 14. 7. 1927 wurde sie mit lebender Pallida geimpft, in der Zeit vom 30. 9. bis 8. 11. 1927 viermal mit einem Pallida-Myosalvarsan-Gemisch.

Seit Anfang September 1927 äußerte Frau R. neben den Größenideen noch eigenartige phantastische Vorstellungen, die sie mit merkwürdigen ziehenden und hebenden Arm- und Rumpfbewegungen begleitete: sie müsse »die verschütteten Bergleute und die Schiffbrüchigen, deren Schiffe an Englands Küste zerschellt« seien, retten. Aus dem gleichen Grunde rüttelte und zerrte sie häufig an den Heizkörpern und Fensterbrettern, so daß diese mit Bandeisen gesichert werden mußten. Wiederholt konnte auch beobachtet werden, wie sie lebhaft im Bett auf- und niedersprang, unmittelbar darauf ihre Matratze mit großer Anstrengung durchknetete und ihre Umgebung

Digitized by Google

zur Hilfeleistung aufforderte, weil da »Häuser und feine Kleider, Tiere und Kästen und allerhand« herauskämen. Dabei redete sie häufig nach der Decke. Wegen nächtlicher Ruhestörung mußte sie öfters abgesondert werden. Sie pflegte nachts laut zu kreischen und zu keuchen und zur Entschuldigung vorzubringen, daß sie daran nicht schuld sei; das entstehe »durch die Drähte«. Häufig bewegte sie unter Keuchen den Körper in einer Weise, als ob sie schwere Lasten heben müsse. Sie behauptete dazu, »Ich habe jetzt gerade ein Haus hochzuheben. Da sind die unterirdischen Gänge und Türen, die ihr früher vergipst habt. Tiere und Menschen sind darin eingesperrt, und von dort kommt der Lärm«. Einmal wurde sie im Wäschekorb herumkramend beobachtet; sie meinte, es seien Angorakätzchen darin, die sie freimachen müsse.

Am 10. 9. 1927 war die Wa.-R. im Liquor bei ein- bis dreifacher Dosis negativ, bei vierfacher $\left(\begin{smallmatrix}+\\ \bigcirc\end{smallmatrix}\right)$ bei fünffacher ++. Zellen 10 : 3. Nonne +; Weichbrodt ++; Pandy +. Kafka-R. + stark verkürzt. Wa.-R. im Blutserum +++.

Am 19. 5. 1928 erfolgte Recurrensimpfung mit Stamm Hispanica. Es traten sieben Fieberanfälle mit Höchsttemperaturen bis 40,9° C ein. Am 20. 7. 1928 wurde mit Stamm Hispanica, am 28. 8. und 25. 10. 1928 mit Recurrens Stamm Duttoni nachgespritzt, ohne Fieber zu erzeugen. Vom 15. 6. bis 30. 8. 1929 wurde eine Myosalvarsankur vorgenommen, 5,85 g in 11 Dosen.

Seit 10. 8. 1928 waren die biologisch-serologischen Reaktionen fast völlig negativ. Die Wa.-R. im Liquor war bis zuletzt in allen Konzentrationen normal. Die Zellzahlen schwankten zwischen 8 : 3 und 3 : 3; die Globulin-R. zwischen ⏀ und ++; die Goldsol-R. war stark verkürzt und glich mehr der Lues latens-Kurve; die Kafka-R. zeigte anfangs noch eine ganz atypische Lueszacke, später wurde sie ganz negativ. Die Wa.-R. im Serum war zunächst $\left(\begin{smallmatrix}+\\ \oplus\end{smallmatrix}\right)$ und wurde dann ⏀. Am 20. 10. 1931 betrug die Zellzahl 11 : 3, die Wa.-R. in Liquor und Blutserum waren negativ.

Das klinische Zustandsbild hat sich im Laufe der Jahre wesentlich in der Richtung nach der Schizophrenie verändert. Die Kranke lebt ganz von der Umwelt abgekehrt, brummt vor sich hin, macht immer noch die eigenartigen Bewegungen, ringt ihre Kleider zusammen; sie schlägt in die Luft, ruft dabei immer stereotyp und rythmisch; »Krach, bum, Krach, Krach, weg mit dem Nischel«. Sie macht bohrende Bewegungen mit der Hand und äußert dazu, »Drähte ziehen« zu müssen. Zwischendurch ist sie plötzlich einmal erregt, reißt alles vom Tisch herunter, wirft die Stühle umher und schlägt andere Patienten. Ebenso rasch verpufft die Erregung. Im großen und ganzen ist Frau R. harmlos, geordnet und beschäftigt sich mit Federschleißen. Unter dem Eindruck von Störungen des Allgemeingefühls kratzt sie sich viel im Gesicht: weil »Nadelspitzen« darin wären. Sie äußert phantastische hypochondrische Wahnvorstellungen: es würden ihr die Därme aus dem Leibe gezogen, Blusen und Kleider aus dem Bauch gezerrt; das Blut käme ihr aus dem Körper geströmt und sie müßte bis zu den Knöcheln darin waten.

Bei der am 7. 11. 1931 vorgenommenen Nachuntersuchung zeigte Frau R. folgenden Befund: Beim Eintreten ins Untersuchungszimmer erkennt sie sofort ihren früheren Arzt, den sie seit etwa 1½ Jahren nicht mehr gesehen hat, wieder und begrüßt ihn. Dann beginnt sie kaum verständlich ununter-

Digitized by Google

brochen vor sich hinzusprechen und zu brummen. Es ist sehr schwer, mit ihr in Rapport zu kommen. Hin und wieder gelingt es aber, und es läßt sich dann feststellen, daß sie richtig auffaßt. So benennt sie vorgezeigte Gegenstände richtig. Durch mühevolles Befragen kann man erfahren, daß sie weiß, in einem Vorort von Dresden zu sein. Zeitlich ist sie nicht orientiert: Es sei der 2. Pfingstfeiertag 1936 oder 1996.

Nach ihrer Person befragt, antwortet sie »Majestät«. Sie sei noch nicht geboren. »Ich bin noch im Entstehen. Die Lunge ist noch nicht entstanden. Kinder sind von unserem Blut zusammengedreht.« Zwischendurch flüstert sie vor sich hin in einer Weise, die es nur ermöglicht, einzelne Worte zu verstehen, z. B. »Es ist doch bei uns Schluß früh um fünfe« oder »das ist doch allerhand« oder »wir haben anderen Chor und andere Verbrennung«, »das sind gar keine Briefträger«. Sie müsse »Drähte ziehen, gelbe Drähte, es hängt alles voll davon, und oben ist schwarze Luft«. »Göttliche Schuhe sind das.« Stimmen höre sie aus dem Gefängnis; sie solle sie aus dem Gefängnisse holen. »Da ist einer drüben im Keller.« Sie sehe viele Bilder, alles was ankommt, sehe sie auf der Bettwäsche. »Hier ist mein zoologischer Garten, die kommen alle rein, die Tiere, die es nur gibt, alle Tiere.« Dann sehe sie, wie alles ertrunken sei. »Da ist schwarze Totenerde in 4 Teile geteilt, und da ist es ausgewachsen.« Dann äußert sie »das ist Kreuzigung gewesen. Unsere Därme sind in der Gerbe«.

Als sie aufgefordert wird, ihren Namen und ein Diktat nachzuschreiben, schreibt sie ein paar unleserliche Züge und malt die Konturen einer Landkarte hin. Dazu äußert sie: »Das ist Sumerang, das heißt göttliche Beschaffenheit.«

Frau R. wiegt bei einer Größe von 153 cm 63,5 kg. Sie sieht etwas blaß, aber nicht gerade leidend aus. Auf der rechten Wange hat sie einen Kratzeffekt etwa von der Größe eines kleinen Fingernagels. Die Pupillen sind etwas eng, gleich, rund und verengen sich etwas träge bei Belichtung, gut beim Nahesehen. Bei der Sprache lassen sich paralytische Störungen nicht nachweisen. Kniesehnenreflexe etwas gesteigert. Innere Organe o. B. Bei Untersuchung der Augen und des Rachens kniff sie Augen und Mund fest zu. Trotz dieses negativistischen Verhaltens ließ sich aber die Lichtreaktion der Pupillen deutlich feststellen.

Epikrise:

Die 46jährige Frau R., die bereits 4 Jahre zuvor wegen einer Augenmuskellähmung antiluetisch behandelt worden war, wird 1924 zunehmend reizbarer. Im nächsten Jahre — 1925 — erleidet sie einen »Schlaganfall mit Sprachlähmung«, 1 Jahr später noch zwei leichte Insulte, die alle keine langdauernden üblen Folgen zurücklassen. Etwa seit Februar 1927 läßt sich wesentliche Zunahme der gemütlichen Erregbarkeit feststellen. Nun entwickelt sich rasch das Bild einer expansiven Paralyse mit blühenden Größenideen, das aber von Anfang an durch paranoide Vergiftungsvorstellungen modifiziert wird. Klinisch-neurologisch und biologisch-serologisch sind alle Zeichen der fortschreitenden Hirnlähmung einwandfrei vorhanden.

Im Anschluß an eine Malariakur im April und Mai 1927 ändert

Digitized by Google

sich zunächst nichts am Zustandsbilde. Nach Behandlung mit lebender Pallida und mit Pallida-Myosalvarsan-Gemischen in der Zeit vom September bis November 1927 treten die paralytischen klinischen und serologisch-biologischen Erscheinungen mehr und mehr in den Hintergrund und die halluzinatorisch-schizophrenen umso plastischer hervor. Es werden stereotype, ziehende und hebende Armbewegungen vorgenommen, »um verschüttete Bergleute und Schiffbrüchige« zu retten; es werden die Matratzen geknetet, um »Häuser, feine Kleider, Tiere, Kästen und allerhand« herauszuholen. Unter Ächzen und Keuchen muß Frau R. »ein Haus hochheben«. Sie spricht sehr viel vor sich hin oder nach der Decke, schimpft und droht oft und schlägt im Zorn in die Luft.

Nach einer am 19. Mai 1928 vorgenommenen Recurrensimpfung und einer vom 15. Juni bis 30. August 1929 durchgeführten Myosalvarsankur hat sich das klinische Zustandsbild immer mehr in der Richtung nach der Schizophrenie verschoben. Die Kranke ist jetzt ganz autistisch, steht unter dem Eindrucke zahlreicher optischer und akustischer Halluzinationen und solcher des Gemeingefühls. Sie hat grausige Wahnvorstellungen bei Affektstumpfheit, ist negativistisch, impulsiv, inkohärent, neigt zu Stereotypien, Manieren und Wortneubildungen.

Biologisch-serologisch ist sie völlig saniert, und klinisch-neurologisch erinnert nichts mehr an die alte Paralyse. Selbst die Sprachstörungen, die Facialisparese und die reflektorische Pupillenstarre sind gewichen. Frau R. bietet jetzt das Bild einer alten, chronisch-halluzinatorischen Schizophrenie.

Fall 11. Protokoll Nr. 226.

W. Ernst Wilhelm, Tischlermeister, geb. 11. 5. 1880.

Luesinfektion wird zugegeben. Zeit derselben ist unbestimmt. Ein Kind leidet an Lues congenita. Seit etwa Ende 1926 ließ W. in seiner Arbeitskraft nach. Er vergaß, seinen Angestellten die nötigen Aufträge zu erteilen, so daß diese oft unbeschäftigt umherstanden. Dadurch litt das Geschäft. Einige Monate später äußerte er Eifersuchts- und Verfolgungsideen: Seine Frau hintergehe ihn und versuche, ihn durch ein eigenartiges Räucherwerk zu vergiften. Er irrte nachts oft umher, entweder um seine Frau zu suchen oder der Räucherei zu entgehen. Dabei war er leicht ideenflüchtig, bezüglich seiner Vergiftungsideen aber unkorrigierbar. — Er hatte lichtstarre Pupillen und gesteigerte Kniesehnenreflexe.

7. 11. 1927 Aufnahme in Arnsdorf. Äußert Angst vor Vergiftung, schildert ausführlich, wie seine Frau Pulver auf ganz dünne Watte streue, dann anbrenne und dadurch »Rauch und Staubwolken« entwickle, die ihn vergiften sollten. Liebesverhältnisse der Frau mit »einigen Männern« seien die Beweggründe dazu. Seine Frau sei 10 Jahre jünger wie er und sehr hübsch. Das Gift habe sie von einem ihrer Liebhaber, einem Kassierer erhalten.

Bei der Untersuchung zeigte W. sich ganz besonnen, persönlich, örtlich

Digitized by Google

und zeitlich orientiert, unpointiert, weitschweifig und sprunghaft. Wesentliche Intelligenzdefekte bot er nicht. Die Pupillen waren lichtstarr. Rechts bestand leichte Fazialisparese. Die Sprache war gelegentlich etwas verschwommen und verwaschen. Kniesehnenreflexe o. B. Herz: Grenzen normal; I. Aortenton fauchend; Tätigkeit nicht ganz regelmäßig. Puls etwa 80 in der Minute. — Das Verhalten war angemessen und im großen und ganzen einwandfrei. Nachts fand der Kranke wenig Ruhe und war von seinen Verfolgungsvorstellungen sehr gequält: man habe ihm Gesicht, Haar und Bart verbrannt; die Stube sei noch ganz voll von Rauch.

11. 11. 1927 Wa.-R. im Liquor bei einfacher Dosis +++; bei zwei- bis fünffacher ++++. Zellen 151 : 3. Nonne +; Weichbrodt +++; Pandy ++. Goldsol- und Kafka-R. positiv. Wa.-R. im Venenblut ++++.

Am 21. 11. 1927 Recurrensimpfung mit Stamm Duttoni negativ. Superinfektion am 5. 12. 1927 mit Erfolg, sechs z. T. mehrtägige Anfälle mit Temperaturen bis 40,6° C.

In der Folgezeit war W. sehr ängstlich, er schlief schlecht, wachte bei den geringsten Geräuschen auf, sprach bei klarer Besonnenheit von Geisterbeschwörungen, suchte in und unter seinem Bette nach Geistern. Auch beklagte er sich häufig über die Vergiftungsversuche mit Watte und Pulver. Er stand öfter auf, um sich den Mund zu spülen und die vermeintliche Rauchwirkung im Halse abzuschwächen.

Gehörshalluzinationen wurden zuerst etwa 6 Wochen nach der Recurrensimpfung, als die Fieberperiode bereits vorüber war, einwandfrei nachgewiesen. W. bat um Abstellung des Radioapparates, der unter der Kaffeemütze sei und klagte über Schmerzen im ganzen Körper, die durch diesen Apparat hervorgerufen würden. — Ein Radioapparat befand sich damals nicht im Hause. — Diese und ähnliche Ideen, die er in zerfahrener, unklarer Weise immer wieder vorbrachte, äußerte er bis zu seiner am 6. 4. 1928 gegen ärztlichen Rat erfolgten Beurlaubung nach Hause.

Da W. sich nach Bericht der Ehefrau während des Urlaubes einwandfrei geführt hatte, erfolgte am 29. 4. 1928 seine Entlassung aus der Anstalt. Am 18. 7. 1928 wurde er wieder in Arnsdorf zugeführt, weil er mit seinen alten Wahnvorstellungen mehr hervorgetreten war und seiner Familie Rattengift in die Suppe getan hatte. Er zeigte sich hier persönlich, örtlich und zeitlich orientiert, bisweilen aber sehr unruhig und erregt.

Eine Kur mit Benzazon-Natrium 2,1 g in acht Dosen in der Zeit vom 4.—25. 8. 1928 blieb erfolglos. Von Anfang September an wurde W. immer hinfälliger und teilnahmloser. Er ging körperlich sehr rasch zurück, verweigerte die Nahrungsaufnahme, wurde dauernd unrein und bettsiech, geisterte viel im Krankensaale umher, taumelte dabei einmal gegen ein Nachbarbett, kam zu Fall und brach den rechten Oberarm. Am 26. 9. 1928 starb er. Die Sektion deckte als Todesursache eine katarrhalische Lungenentzündung auf. Die histologische Hirnuntersuchung zeigte das Bild eines leichten Falles stationärer Paralyse mit nur einzelnen eingestreuten Plasmazellen in den Gefäßscheiden der Rinde, mit mäßiger Gliaproliferation, mit wenigen Stäbchenzellen und endarteritisch verdickten Gefäßen. Diese Veränderungen waren diffus über das ganze Gehirn, auch über die Stammganglien in etwa gleicher Weise verbreitet. Insbesondere waren die Schläfenlappen nicht mehr befallen, als die übrigen Hirnteile.

Digitized by Google

Epikrise:

Ein 46jähriger Luetiker, der ein kongenital syphilitisches Kind hat, erkrankt allmählich mit zunehmender Gleichgültigkeit, Vergeßlichkeit und Versagen in seiner beruflichen Tätigkeit. Er tritt bald mit paranoiden Wahnvorstellungen hervor, daß seine Frau ihn hintergehe und mit Räucherwerk zu vergiften suche. Unter klinisch-neurologischen und biologisch-serologischen Zeichen der progressiven Paralyse wird er etwa 1 Jahr nach Auffälligwerden der ersten Erscheinungen der Anstalt zugeführt und einer Recurrenskur unterzogen. Etwa 6 Wochen nach der Impfung, zu einer Zeit, wo das Fieber bereits völlig abgeklungen war, treten bei erhaltener Besonnenheit Gehörstäuschungen auf, die bis zu der gegen ärztlichen Rat erfolgten Entlassung anhalten. Nicht ganz ein Vierteljahr später muß er der Anstalt wieder zugeführt werden, weil nach nur kurzer Zeit einer scheinbaren Besserung die alten Symptome wieder auftreten und der Kranke einen Vergiftungsversuch mit Rattengift an seiner Familie unternommen hatte. Eine Benzazon-Natriumkur bleibt erfolglos, und der Kranke stirbt unter den Zeichen gesteigerter Unruhe, der Nahrungsverweigerung und zunehmenden Siechtums an katarrhalischer Lungenentzündung.

Hirnhistologisch läßt sich eine leichte stationäre, gleichmäßig diffus über die ganze Hirnrinde verbreitete Paralyse ohne gesteigerte Beteiligung der Schläfenlappen feststellen.

Fall 12. Protokoll Nr. 331.

Sch. Friedrich Ernst, Tiefbauarbeiter, geb. 11. 5. 1890.

Großmutter väterlicherseits war Trinkerin, Großvater mütterlicherseits psychopathische Persönlichkeit, launenhaft, jähzornig, ein Vatersbruder Trinker. Sein Vater, ein periodischer Trinker, beging Selbstmord, als ein Bruder des Kranken im Jahre 1907 wegen Dementia paranoides in die Heil- und Pflegeanstalt Dresden kam. Dieser, Paul Sch., behauptete, ein Sohn des sächsischen Königs zu sein. Er litt an quälendem Verfolgungs- und Beziehungswahn und hatte außerordentlich lebhafte akustische und optische Sinnestäuschungen. Er war autistisch, manieriert, hatte wiederholt Selbstmordversuche unternommen, war dreimal mit kurzen Unterbrechungen in die Dresdner Anstalt gebracht und schließlich am 8. 2. 1915 nach Arnsdorf verlegt worden, wo er am 4. 10. 1916 an katarrhalischer Lungenentzündung starb.

Unser Kranker, Friedrich Ernst Sch., besuchte mit gutem Erfolge die Volksschule. Er wurde Uhrmacher, dann 1/2 Jahr Schweizer in Pommern. Darauf arbeitete er im Produktengeschäfte der Mutter und Schwester. 1909 bis 1911 durchwanderte er Nordamerika, weil er die Welt sehen wollte. 1912 bis 1918 war er bei der Marine, später bei der Reichswehr. Dann hatte er 1/4 Jahr lang ein Hotel. Darauf versuchte er erfolglos wieder Matrose zu werden und wurde schließlich Schweizer und seit 1923 Saisonarbeiter. Seine letzte Stellung hatte er 1928 als Bauarbeiter. Sein Lebenswandel soll im großen und ganzen geordnet gewesen sein. Alkoholmißbrauch wird verneint. Nach geringem Alkoholgenuß hat er aber nach eigenen Angaben »hysterische Anfälle« gehabt, bei denen er schluchzen und jammern müsse, aber nicht bewußt-

Digitized by Google

los werde. Etwa 1926 habe er Magenbeschwerden gehabt. 1927 verfiel er in Grübeleien wegen eines »Ruderapparatpatentes«. Seit Juli 1928 schlief er schlecht und seit Anfang Dezember 1928 fühlte er sich durch Stimmen beeinträchtigt. Er weckte einmal angsterfüllt seine Wirtin und erzählte ihr, daß das Haus von Arbeitskollegen gestürmt werden solle.

19. 12. 1928 wurde Sch. in der Heil- und Pfleganstalt Dresden aufgenommen, weil er Selbstmordabsichten geäußert hatte. Er hörte die Leute auf der Straße über ihn sprechen, daß er ins Gefängnis solle. Da würde ihm die Hand ins Feuer gehalten. Auch solle er »von einem Boxer verhauen« und schließlich erschossen werden. Bisweilen sah er Gestalten, die ihm drohten. — Er war langsam, gehemmt und machte debilen Eindruck. Für die Umgebung zeigte er kaum Interesse; nur bezog er Gespräche anderer Kranker bisweilen auf sich. Der Affekt war meist gleichgültig, hin und wieder weinerlich-ängstlich.

Ende Januar 1928 waren die Wa.-R. im Blut und in allen Liquorverdünnungen positiv, ebenso die Globulinreaktionen. Mastix- und Goldsolreaktionen zeigten Paralysekurven. Es bestand Lymphozytose. Auf Grund des positiven Ausfalles aller dieser biologisch-serologischen Reaktionen wurde die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt und am 3. 1. 1929 die Malariaimpfung vorgenommen.

Es traten zwölf Fieberanfälle mit Temperaturanstiegen bis 40,5° C vom Quotidianatyp ein. Erfolg hatte die Kur nicht. Im Dresdner Berichte heißt es: »Geistig hat er sich wenig geändert und weist ein im allgemeinen gehemmtstumpfes Zustandsbild auf. Er ist unfrei und recht dement im Wesen. Eine geordnete Unterhaltung ist mit ihm kaum möglich. Zuweilen hat er noch Angst- und Verwirrtheitszustände, wegen denen er tageweise zu Bett liegt.«

Am 9. 3. 1929 wurde er nach Arnsdorf übergeführt. Hier zeigte er sich äußerlich geordnet, über Ort und Person gut, zeitlich nicht genau orientiert. Er stand unter dem Eindrucke quälender Sinnestäuschungen. Weiberstimmen belästigten ihn und wüste Bilder an den Wänden und an der Decke; Weiber und andere Gestalten beunruhigten ihn in einer Weise, daß er wiederholt in große Erregung kam, einmal die Fenster einschlug und öfters isoliert werden mußte.

Da am 10. 5. 1929 die Wa.-R. im Blutserum und in allen Liquorverdünnungen ++++, die Globulin- und Kolloid-R. positiv waren und eine Lymphocytose von 166 : 3 bestand, wurde am 27. 5. 1929 Impfung mit Recurrens Hispanica vorgenommen. (Vier Anfälle mit elf Fiebertagen und Höchsttemperaturen bis 40,4° C.)

11. 9. 1929. Unverändert durch Sinnestäuschungen geplagt. Von allen Seiten und zu jeder Zeit, bei jeder Beschäftigung würden ihm von Frauen die gemeinsten Vorwürfe gemacht, z. B. daß er mit seinen Schwestern geschlechtlichen Verkehr gepflegt habe. — Lichtreaktion der Pupillen kaum angedeutet. Facialisparese links. Serologisch-biologische Reaktionen bezeichnend für progressive Paralyse. Lymphocytose 171 : 3. Deshalb 14. 9. 1929 Recurrensimpfung mit Stamm Angola. (Drei Anfälle mit sieben Fiebertagen und Höchsttemperaturen bis 40,7° C.)

Da sich am klinischen Bilde nichts änderte, wurde noch am 6. 3. 1930 mit Recurrens Berbera (zwei Anfälle mit vier Fiebertagen und Höchsttemperaturen bis 39,3° C), am 12. 5. mit Stamm Duttoni ohne Fiebererfolg, am 30. 9. mit dem apathogenen Stamme A. R. Frankfurt ohne Fiebererfolg und am 27. 2. 1931 mit dem Stamme Recurrens Usbekistanica Pikul

Digitized by Google

(zwei Anfälle mit fünf Fiebertagen und Höchsttemperaturen bis 39,4° C) geimpft.

Am 20. 11. 1931 bot Sch. folgenden Befund: Persönlich, zeitlich, örtlich und in der Situation gut orientiert. Macht über sein Vorleben recht genaue Angaben, die durchaus mit den Akten übereinstimmen. In die Heil- und Pflegeanstalt Dresden sei er gekommen wegen »hysterischer Anfälle«, bei denen er schluchzen und jammern mußte, aber nicht bewußtlos gewesen wäre und die er besonders nach Alkoholgenuß bekommen habe. Diese Anfälle seien ihm »anhypnotisiert« worden von denjenigen, die die »hypnotische Zwangswirtschaft« hier machten. Er werde auch hier wieder, wie es schon in Dresden von Kindheit an geschehen sei, von Hypnotiseuren als Medium verwendet. Es gäbe auch hypnotische Röntgenstarkstromapparate, die vom obersten Geschoß nach unten wirkten. Durch derartige »Starkstromapparate« seien auch die »verrückten Träume des Nachts« ihm suggeriert worden und die verbrecherischen perversen Manipulationen an seinem Geschlechtsteile.

Auch auf seinen Spaziergängen werde er allüberall durch die Stimmen, die er höre, gequält. Das seien andere Stimmen als die der Unterhaltung mit jemandem. Da stecke »die Ranft aus Dresden« dahinter, die in seinem Hause gewohnt habe und die in ein »Megaphon und in sonstige Apparate« spräche, damit er das immer höre. Die halte sich im Dachgeschoß seiner jetzigen Krankenabteilung auf und sei auch früher im Obergeschoß seiner damaligen Krankenstation gewesen. Vom ersten Tage seines Aufenthaltes in Arnsdorf habe sie ihr Unwesen getrieben. Da hätten sofort »durchs Telephon die Denunzierungen von Frau Ranft« stattgefunden, die ihm lauter häßliche Vorwürfe über homosexuelle Beziehungen und Vergewaltigungen von Kindern und dergleichen gemacht hätte.

Er ist darüber sehr entrüstet, weil er nie in dieser Weise in Konflikte geraten und nie mit der Polizei in Berührung gekommen sei.

Schon im Oktober 1928, als er beim Tiefbau arbeitete und sich einmal verlaufen habe, hätten die Leute ihm unterwegs alle zugerufen »der weiß doch gar nicht, wo er hinläuft.« Das habe auch schon damals mit der Suggestion durch die Frau Ranft zusammengehangen.

Gleich nach seiner Aufnahme in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden sei er schon durch »Lautschreier« gequält worden und habe er im elektrischen Strome gelegen. Es seien ihm »in Glasfenstern, an der Türe«, wohin er auch blickte, »an der Wand, an der Decke, an dem Kronleuchter, überall abscheuliche Bilder, nackte Frauen, die operiert und ausgenommen wurden, nackte Männer« erschienen. »Ich mußte alles ausschreien, was ich sah; das wurde herausgefordert von Stimmen von oben, von einer schreienden Frauenstimme, die durch die Luftschächte kamen.«

Auch jetzt erlebe er noch nachts die schon geschilderten perversen Traumzustände, die er »im Trancezustande« durchmache, der durch die Maschinen bewirkt würde. Die Wurzel alles Übels sei die Frau Ranft, die ihn dauernd »pletze«. Den Ausdruck »pletzen« erklärt er folgendermaßen: Wie man beim Tiefbau die Erde feststampfen müsse mit einem Stampfer, den man Rammler oder Pletzer heiße, so würden ihm von Frau Ranft durch ihre frivolen, unglimpflichen Reden die Gedanken »eingepletzt, eingerammelt« in seinen Kopf. Das sei ein Martyrium.

Durch die Luftschächte höre er oft den Befehl, daß der stärkste Strom angestellt werden solle. Schmerzen habe er dabei nicht, aber Vibrieren durch

Digitized by Google

den ganzen Körper. Auch sähe er immer wieder Gestalten, »so wie in Natur, wie in Wirklichkeit«: Wunderbare Kirchen und Gebäude; Hochwasser in der Elbe, in das er sich stürzen, Wölfe, auf die er schlagen müsse; Tiger, die auf ihn losgingen.

Das ganze Pflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalt in Dresden und auch hier in Arnsdorf und alle Kranken ständen völlig unter dem Einflusse dieser Frau Ranft, die ja alle »pletze«. Er höre »von oben her«, wie alle das ausführten, was Frau Ranft ihnen befehle. Sie spiele sich »als Herrin von Arnsdorf« auf, lasse sich aber niemals sehen. Er sei ihr hier nur ein einziges Mal begegnet; sie sei aber sofort umgekehrt, als sie gemerkt habe, daß sie von ihm erkannt worden sei.

In intellektueller Beziehung bot er keine wesentlichen Ausfälle. Er verfügte über das Wissen von Leuten seines Bildungsganges, rechnete gut. Als er bei einem Beispiele versagte, lachte er zwangsmäßig. Er erklärte das sofort spontan damit, daß er wieder durch die Frau Ranft zum Lachen suggeriert worden sei. Die Schrift ist sehr gut. Über die Ereignisse des Tages war er im großen und ganzen unterrichtet.

Bei einer Größe von 166 cm wog er 74,5 kg. Pupillen gleich, rund, mittelweit, verengen sich prompt bei Belichtung und beim Nahesehen. Kniesehnenreflexe etwas gesteigert. Kein Tremor. Sprache gelegentlich etwas stotternd, aber nicht stolpernd; beim Nachsprechen von Paradigmen keine Störungen. — Lacht zwischendurch immer wieder auf und behauptet, das hinge mit der Hypnose zusammen.

Auf der Abteilung läßt er sich lediglich zu kleinen Handreichungen heranziehen, wie zum Bohnern, Aufräumen und Staubwischen. Zu einem regelmäßigen Arbeiten kommt er nicht, weil er »durch die Hypnose so sehr mitgenommen« würde. Hin und wieder versuche er, sich durch Skatspielen abzulenken. Immer wieder äußert er den Wunsch, von der Hypnose befreit zu werden, da sie ihm sein ganzes Leben zerstöre und ihm das Arbeiten unmöglich mache.

Epikrise:

Friedrich Sch. ist familiär schwer belastet. Großvater väterlicherseits war Psychopath, Großmutter mütterlicherseits Trinkerin, Vater periodischer Trinker, der durch Selbstmord endete, ein Bruder wegen Schizophrenie in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden und Arnsdorf untergebracht. Er selbst war von Jugend an eigenartig, unstet, ein ruheloser Mensch, der nach Amerika ging, alles mögliche anfing, es zu nichts brachte, Uhrmacher, Schweizer, Handlanger im mütterlichen Geschäft, Matrose, Reichswehrmann, Hotelier, Saisonarbeiter war. Im Dezember 1928 brach bei ihm ein halluzinatorisch-paranoider Zustand aus, der klinisch-psychologisch nichts auf Paralyse Deutendes bot. Lediglich durch die biologisch-serologischen Reaktionen wurde eine progressive Paralyse festgestellt.

Durch Malaria- und mehrere Recurrenskuren wurde am psychiatrischen Bilde nichts geändert. Neurologisch trat eine Besserung insofern ein, als die Lichtreaktion der Pupillen, die eine Zeitlang fast aufgehoben war, jetzt völlig normal ist.

Digitized by Google

Sprache, Schrift, Intellekt lassen nichts zu wünschen übrig. Nach wie vor wird aber der Kranke beherrscht von quälenden akustischen und optischen Sinnestäuschungen von großer Plastizität und Eindringlichkeit. Diese haben zu einem systematisierten Verfolgungswahne geführt. Die Besonnenheit ist stets völlig erhalten geblieben. Ohne serologisch-biologische Untersuchungen wäre eine Stellung der Diagnose Paralyse ganz unmöglich gewesen.

Fall 13. Protokoll Nr. 353.

Sch. Frieda Margarete geb. M., geb. 22. 7. 1899, Tapeziersehefrau.

Die von Jugend an ruhige, verschlossene, etwas gleichgültige Frau, die drei Kinder hat, erkrankte Ende Juni 1929 mit nächtlicher Unruhe. Bald darauf wurde sie vergeßlich und zerfahren.

Am 27. 7. 1929 wurde sie in der Heil- und Pflegeanstalt Dresden aufgenommen. Hier wurden linksseitige Gesichtsmuskelschwäche und serologisch-biologisch die Zeichen der fortschreitenden Hirnlähmung, außerdem Gravidität im sechsten Monate festgestellt. Letztere wurde unterbrochen und zur Verhütung weiterer Schwangerschaften Tubenunterbindungen vorgenommen. — In der Folgezeit verhielt sich die Kranke stumpf und einsilbig, sehr langsam und bewegungsarm, später unansprechbar und abweisend. Bisweilen verweigerte sie die Nahrung.

Am 21. 9. 1929 wurde sie nach Arnsdorf übergeführt. Hier zeigte sie sich ähnlich wie in Dresden. Sie war gleichgültig und mutazistisch. Stundenlang saß sie untätig in steifer Haltung umher. Dabei faßte sie richtig auf und kam allen Aufforderungen willig, wenn auch schwerfällig und sehr langsam nach. Eine Intelligenzprüfung ließ sich aber bei ihrem gehemmten, stummen Verhalten nicht durchführen.

Pupillen lichtstarr. Blasses Aussehen, niedergeführter Zustand. Gewicht 45 kg bei Größe 161 cm. Die biologisch-serologischen Untersuchungen ergaben am 6. 11. 1929: Liquor: Wa.-R. bei einfacher Dosis ++++. Zellen 98 : 3. Nonne ++++; Weichbrodt ++++; Pandy ++++. Goldsol- und Kafka-R. Paralysekurven. Wa.-R. im Serum ++++.

Am 10. 11. 1929 fand Impfung mit Recurrens Stamm A. S., am 4. 12. Reinjektion mit demselben Stamme, am 20. 12. mit Stamm R. R. statt. Es waren sehr wenig virulente, die sog. »apathogenen« Stämme benutzt worden, die insgesamt nur vier kurze Fieberanfälle mit einer einzigen hohen Temperatur von 40,2° C zur Folge hatten.

Der klinische Erfolg war recht befriedigend. Die Kranke nahm bis zu ihrer am 10. 4. 1930 erfolgten Entlassung 28 Pfd. zu. Sie zeigte ein natürliches, freundliches, interessiertes Verhalten, beschäftigte sich fleißig mit Nähen und häuslichen Arbeiten auf der Abteilung. Serologisch-biologisch war keine wesentliche Veränderung eingetreten.

Auch zu Hause betätigte sich Frau Sch. bis zum Dezember 1930 unauffällig; dann wurde sie aber verworren, lief planlos umher und verirrte sich einmal im Walde. Sie verweigerte die Nahrungsaufnahme.

Am 18. 1. 31 mußte sie wieder in die Städtische Heil- und Pflegeanstalt gebracht werden. Sie lag meist still zu Bett und zeigte sich ähnlich wie bei ihrer ersten Aufnahme antriebs- und interesselos. Sie stöhnte vor sich hin, sprach nicht, war unrein mit Urin und Kot. Das Essen mußte ihr gereicht werden. Schließlich wurde sie etwas freier, stand auf und saß mit läppisch-stumpfem Gesichtsausdrucke auf der Bank.

Digitized by Google

Am 19. 2. 1931 fand Malariaimpfung statt. Bis 7. 3. machte sie zwölf Fieberanfälle bis 40,6° C durch. Im Anschlusse daran wurde sie regsamer, fing aber schon nach wenigen Tagen an zu halluzinieren. Sie unterhielt sich mit ihren Stimmen, sang und lachte. Kurz darauf stellte sich ein katatones Zustandsbild ein. Die Kranke mußte gefüttert und in jeder Weise vollständig versorgt werden.

16. 5. 1931 Verlegung nach Arnsdorf. Frau Sch. sitzt vornübergebeugt teilnahmlos da, antwortet nicht, faßt aber offenbar richtig auf. — Größe: 161 cm. Gewicht: 48 kg. Pupillen mittelweit, etwas verzogen, verengen sich eine Spur bei Belichtung und konsensuell, gut beim Nahesehen. Facialisparese links. Lippenbeben. Andeutung von wächserner Biegsamkeit. Kniesehnenreflexe etwas gesteigert. Alle Bewegungen erfolgen langsam, ruckweise, gehemmt.

19. 5. 1931 Impfung mit Recurrens Hispanica. Sechs zum großen Teile mehrtägige Fieberanfälle mit Höchsttemperaturen bis 40,5° C.

21. 7.: Persönlich, örtlich orientiert, zeitlich nicht genau. Behauptet konsequent und unbelehrbar, es sei 1932. Weshalb sie hierher gekommen sei, wisse sie nicht. Zeigt stark kataleptische Züge. Liegt steif im Bette oder läuft starr und hölzern, langsam umher, vor sich hinlächelnd, dann laut auflachend, im Handumdrehen weinend und schluchzend. Blasses Aussehen. Pupillen eng, lichtstarr. Sprache schwerfällig, schleppend, gelegentlich stolpernd.

10. 11.: Seit ungefähr Mitte August ist eine schwere chronische Halluzinose zur Entwicklung gekommen. Fast dauernd unterhält sich die Kranke mit ihren Stimmen, teils freundlich im üblichen Unterhaltungstone, teils laut schimpfend und drohend. Dabei ist sie ganz besonnen und dem Arzte gegenüber stets freundlich und zu Auskünften bereit. Während des Gesprächs mit dem Arzte flicht sie Antworten an die Stimmen ein, dreht sie sich um, skandaliert und spuckt aus, um sofort wieder das Gespräch mit dem Arzte in konventioneller, ruhiger und angemessener Weise fortzusetzen. Sie berichtet, in ihrem Kopfe steckten Leute, die sich zankten und sie beschimpften: »Weibsbilder, Kerle, Herr Günter, der Reichspräsident Hindenburg.« »Himmeldonnerwetter noch einmal Kurt Sch., du mußt das wissen, daß das Wahrheit ist. Tapezierer Kurt Sch., elendes Miststück, scher dich zum Teufel. Wer hat dir gesagt, daß ich das Urteil gesprochen habe, mache kurzen Prozeß, Kopf runter oder 10 Jahre Zuchthaus. O Gott, O Gott, Eure Köpfe!« — In dieser und ähnlicher Weise spricht die Kranke fast den ganzen Tag über. Dabei ist sie fleißig mit Nähen beschäftigt und arbeitet sehr sauber und genau. Auch nachts ist sie oft in gleicher Art gequält. Dann schwatzt sie unaufhörlich und wird so störend, daß sie sogar abgesondert werden muß.

Epikrise.

Eine etwa 30jährige, im 6. Monate schwangere Frau erkrankt 1929 mit nächtlicher Unruhe, zunehmender Vergeßlichkeit und Zerfahrenheit. Nachdem bei ihr die Diagnose progressive Paralyse gestellt ist, wird die künstliche Frühgeburt eingeleitet und zur Sterilisierung Tubenunterbindung vorgenommen.

Es bildet sich ein katatoner Symptomenkomplex aus. Nach Recurrensbehandlung kommt es zu guter klinischer Remission,

Digitized by Google

die Entlassung nach Hause ermöglicht. Nach 8 Monaten treten wieder katatone Erscheinungen auf, die zur Anstaltsaufnahme zwingen. Nach Malariakur kommt es zu einem chronischen, paranoid-halluzinatorischen Zustande, bei dem die Besonnenheit vollkommen erhalten ist. Durch Recurrenskur ist der Krankheitszustand bisher (innerhalb von 6 Monaten) nicht beeinflußt worden.

Bei der symptomatologischen Bewertung der 10 geschilderten Fälle 4—13 stehen bei den 4 ersten katatone, bei den 5 nächsten paranoid-halluzinatorische Züge im Vordergrunde, während der 10. in wiederholtem Wechsel katatone und halluzinatorisch-paranoide Phasen bietet. Alle zeichnen sich durch das Erhaltensein der Besonnenheit aus. Diese Gruppen sind nicht durch scharfe Grenzführungen voneinander getrennt, sondern durch breite Übergangszonen miteinander verbunden, in denen sie sich gegenseitig überschneiden. Infolgedessen ist z. T. ihre Rubrizierung mit einer gewissen Willkür mehr intuitiv als auf Grund zwingender systematischer Erwägungen erfolgt.

Bemerkenswert ist, daß bei allen diesen Kranken schon vor der Fieberbehandlung schizophrene oder paranoide Züge deutlich erkennbar waren, so daß also bei keinem von einer Entstehung oder Auslösung eines neuartigen Reaktionstypes durch die Fieberkur die Rede sein kann. Es handelt sich vielmehr um folgendes:

Gelegentlich treten im Verlaufe oder nach Beendigung von Recurrenskuren — meist dem mehr oder weniger sinnfälligen Zurückgehen oder Schwinden der klinischen paralytischen Stigmata entsprechend — die schon vorher vorhandenen schizophrenen oder paranoid-halluzinatorischen Symptome, die oft durch paralytische Resterscheinungen noch abgetönt sind, in den Vordergrund und beherrschen schließlich das Bild. Diese Gegebenheit markiert dann gleichsam das Stationärwerden der Paralyse. Die Paralyse remittiert, die andere Psychose restiert. Der Verlauf erfolgt aber nicht immer in dieser Weise. Er kann sich auch anders abspielen. Das beweist z. B. Fall 8, bei dem die progressive Paralyse erst nach etwa 13 jährigem Bestande eines schweren paranoid-halluzinatorischen Zustandes in Erscheinung tritt und trotz Fieberbehandlung parallel mit ihm fortschreitend sich in einer Weise entwickelt, welche die Selbständigkeit der beiden kombinierten Krankheitsprozesse bis zuletzt deutlich erkennen läßt. Außer bei diesem Kranken waren auch bei den Fällen 4, 5 und 12 die schizophrenen bzw. paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen von Anfang an so vordringlich, daß lediglich durch Vornahme der biologisch-serologischen Reaktionen die hinter den Erscheinungen stehende Paralyse erkannt wurde. Ohne Anwendung dieser Laboratoriums-

Digitized by Google

hilfe wäre die Feststellung der fortschreitenden Hirnlähmung bei Fall 12 wohl völlig ausgeschlossen gewesen.

Durch die serologisch-biologischen Hilfsmittel ist unser diagnostischer Blick geschärft worden, und wir können jetzt Paralysen auch da finden, wo wir früher dazu nicht in der Lage waren. So mögen früher gelegentlich hinter paranoid-halluzinatorischen Zuständen versteckte Paralysen übersehen und die Leiden als Dementia paranoides bezeichnet worden sein, weil man eben bei ihnen gar keine Paralyse vermutete. Damit dürfte es zusammenhängen, daß wir vor der Infektionstherapie so wenig von den paranoid-halluzinatorischen Zuständen bei Paralysen gewußt haben, aber wohl kaum damit, daß sie früher überhaupt nicht vorhanden gewesen und nun erst in der Heilfieberära als ein neuer Reaktionstyp erstanden wären.

Im Schrifttum habe ich in der Doktorarbeit von Theodor *Knopp* über »Verlaufsänderung von Paralyse nach Fieberbehandlung« Bonn 1926 bei vier mit Recurrens behandelten Fällen halluzinatorisch-paranoide Zustände geschildert gefunden. Einer von diesen Kranken war Restaurateur und Brauereibesitzer. Sein halluzinatorischer Vergiftungswahn dürfte wohl durch chronischen Alkoholismus mitbestimmt worden sein. Bei den drei anderen waren anamnestisch schon vor der Fieberbehandlung die paranoid-halluzinatorischen Züge deutlich feststellbar. Ebenso verhält es sich bei der mit Recurrens behandelten Kranken, die *Bostroem* in seiner Arbeit »Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorganges für die Prognose der Paralyse« unter Nr. 7 seiner Kasuistik anführt.

Beachtlich ist bei unseren zehn Kranken die verhältnismäßig große Anzahl von fünf serologisch-biologischen Sanierungen (Nr. 4, 6, 7, 9, 10), von vier neurologischen bezüglich der Wiederkehr der vor der Behandlung fehlenden Lichtreaktion der Pupillen (Nr. 4, 8, 10, 12) und von sechs die klinischen paralytischen Symptome betreffenden (Nr. 4, 5, 7, 9, 10, 13).

Bei sonst in der Literatur aufgeführten Fällen dieser schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Art, wie bei dem oben zitierten Fall 7 von *Bostroem*, aber auch bei mit Malaria Behandelten habe ich auffällig oft ein Negativwerden der serologisch-biologischen Reaktionen gefunden.

Prognostisch sind solche nach der Recurrenstherapie bei mehr oder weniger weitgehender Remission der Paralyse zurückbleibenden schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen sehr übel. Sie lassen sich durch nichts, auch nicht durch antiluetische Behandlungen beeinflussen.

Bemerkenswert ist ferner, daß bei den zwei zur Sektion gekommenen Fällen (Nr. 7 und 11) der hirnhistologische

Digitized by Google

Befund das Bild einer nur sehr bescheidenen stationären Paralyse mit ganz vereinzelten Plasmazellen ohne gesteigerte Beteiligung der Schläfenlappen am pathologischen Prozesse aufgedeckt hat. Es fand sich bei ihnen, in Übereinstimmung mit Untersuchungsergebnissen *Spielmeyers* an entsprechendem Material, nichts, das auf eine Umstimmung des Prozesses im Sinne einer spezifischen Reaktion hindeuten könnte.

Mit der Auffassung *Gerstmanns* von einer durch die Malariabehandlung bewirkten Annäherung der Paralyse an die Lues cerebri, mit seiner Vorstellung, daß die Zustandsbilder »als Vorstadien einer therapeutischen Beeinflussung des pathologischen Vorganges«, als Zeichen der Umwandlung eines bösartigen in einen gutartigen Zustand anzusehen seien, kann ich unsere mit Recurrens behandelten Fälle nicht in Einklang bringen. Die Tatsache des Nachweises schizophrener und paranoid-halluzinatorischer Symptome bereits vor dem Einsetzen der Behandlung, die in relativ vielen Fällen eingetretene völlige biologische und teilweise neurologische Sanierung, das wiederholt beobachtete Zurücktreten der klinischen paralytischen Symptome, die Unbeeinflußbarkeit der Erscheinungen durch antiluetische Mittel, die schlechte Prognose, der mikroskopische Hirnbefund und die Erwägung, daß beim Zurechtbestehen der *Gerstmann*schen Ansicht, allen Erfahrungen zuwider, doch wohl sämtliche Paralyseremissionen wenigstens auf kurze Zeit, episodisch durch die geschilderten Zustände hindurchgehen müßten, verhindern mich daran.

Ich glaube vielmehr, daß es sich von vornherein um eine Kombination von zwei Psychosen handelt, von Paralyse und Schizophrenie. Darin bestärkt mich auch der wiederholt beobachtete Wechsel zwischen katatonen, hebephrenen und paranoid-halluzinatorischen Zuständen bei einem und demselben Falle (Nr. 4, 6, 7, 10, 13). — Daß durch eine solche Kuppelung von zwei Seelenstörungen atypische Bilder, Mischformen, zustande kommen, ist nicht verwunderlich.

Dabei besteht einmal die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens von zwei psychischen Erkrankungen in einem Menschen, d. h. daß ein Schizophrener paralytisch oder ein Paralytiker schizophren wird, ohne daß eine gegenseitige Beziehung zwischen den beiden voneinander getrennt, aber nebeneinander verlaufenden Krankheiten besteht.

Es ist aber auch noch eine andere Füglichkeit vorhanden, auf die im Prinzip schon vor 20 Jahren *Bleuler*, später F. *Plaut*, Paul *Schröder* und kürzlich erst in besonders überzeugender Weise A. *Bostroem* und R. *Carrière*-Arnsdorf hingewiesen haben.

Es kann die progressive Paralyse als exogene Schädlichkeit

Digitized by Google

latente, »endogene« Leiden, Schizophrenien und manisch-depressives Irresein aktivieren, auslösen. Schon ganz geringe paralytische Hirnveränderungen, die pathoplastisch noch bedeutungslos sind, genügen nach *Bostroem* dazu, und der Ausbruch eines endogenen Leidens ist bisweilen ein Indikator für eine dahinterstehende, im ersten Anfange befindliche, klinisch noch nicht erkennbare Paralyse. — Natürlich ist es theoretisch durchaus denkbar, daß auch durch andere Infektionen, wie z. B. durch Malaria, Recurrens, Grippe, ruhende Bereitschaften zu »endogenen« Erkrankungen flottgemacht werden. Das scheint mir nach den Berichten *Gerstmanns* und anderer über die Häufigkeit der atypischen, psychotischen Umwandlungen der Paralyse im Gefolge der Malariatherapie für die Malariaimpfung tatsächlich mitunter zuzutreffen. Bei der Recurrens geschieht es offenbar nicht oder höchstens ganz ausnahmsweise einmal. Ich habe es noch nicht beobachtet. Dieser Unterschied zwischen diesen beiden zur Paralysebekämpfung gebräuchlichen Krankheiten bedeutet einen Vorzug der Recurrens gegenüber der Malaria. Er könnte in einer stärker provozierenden Kraft der Malaria auf latente schizophrene Dispositionen beruhen. Dann würde die größere Häufigkeit der atypischen Verläufe der Paralysen bei mit Malaria Behandelten durch das Additionsexempel zu erklären sein, daß zu den Fällen, die nach der Art unserer mit Recurrens Geimpften erkranken, noch diejenigen hinzukommen, welche durch die stärker provozierende Kraft der Malaria auf latente endogene Leiden ausgelöst werden.

Von den 10 Fällen meiner Beobachtungsreihe halte ich mindestens bei 8, bei den serologisch-biologisch Sanierten und den bezüglich der klinischen paralytischen Symptome Negativen (Nr. 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13) die Entstehung der schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen durch den exogenen Reiz des paralytischen Prozesses für sehr wahrscheinlich. Der außerordentlich hohe Prozentsatz der an diesen Gruppen Beteiligten — der nicht nur bei meinen, sondern auch bei anderen Beobachtungen vorzuliegen scheint — deutet darauf hin, daß hier für die fortschreitende Hirnlähmung die Voraussetzungen zu guter Beeinflussung recht günstig gewesen sind. Das dürfte wohl am zwanglosesten durch die Annahme eines besonders frühen Einsetzens der Therapie gedeutet werden. Diese frühzeitige Behandlung ist aber durch das Manifestwerden der durch den exogenen Reiz der Paralyse provozierten atypischen schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Erscheinungen ermöglicht worden. Wegen ihres unklaren, verschwommenen Bildes gaben sie Anlaß zur Vornahme der biologischen Reaktionen, deren positiver Ausfall wieder die hinter den Dingen stehende beginnende Paralyse aufdeckte. Hier ist die bedeutsame Rolle des Ausbruchs eines »endogenen Leidens« als Indikator für

Digitized by Google

eine im Hintergrunde stehende, klinisch noch nicht erkennbare Paralyse offenkundig.

Diese Erkenntnis hat nicht nur akademisches Interesse, sondern ist für Frühdiagnosen und Frühbehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung von größter Bedeutung. Sie ist eine Mahnung, auf jeden Fall, auch bei nicht paralytisch und nicht luetisch anmutenden Seelenstörungen, die biologischen Reaktionen vorzunehmen und bei deren positivem Ausfalle die Fieberbehandlung so schnell wie möglich einzuleiten. Dann wird es mitunter gelingen, Paralysen in ihren ersten Anfängen schon zur Behandlung zu bringen und mit ihnen gleichzeitig auch die durch ihren exogenen Reiz provozierten Psychosen zu beheben. Von letzteren sind besonders die schizophren gefärbten prognostisch günstig, die paranoid-halluzinatorischen nur ganz im Beginne. Sind diese paranoid-halluzinatorischen erst zur vollen Entwicklung gekommen, so lassen sie sich durch keine Behandlung beeinflussen. Während bei den mit ihnen kombinierten Paralysen durch die Fieberbehandlung die Paralyse zurücktreten und zur völligen Sanierung kommen kann, schreiten sie als selbständige, die Persönlichkeit zerstörende Prozesse unaufhaltsam fort, wie wir es bei Fall 6, 7, 9, 10, 12, 13 sehen.

Da man aber anfangs im allgemeinen auch den paranoid-halluzinatorischen Formen nicht mit Sicherheit die schlechte Prognose ansehen kann, wird man nicht berechtigt sein, sie von der Fieberbehandlung auszuschließen.

Den gleichen Entstehungsmechanismus durch den exogenen Reiz einer noch nicht erkennbaren Paralyse nehme ich auch bei dem früh verstorbenen Falle 11 an, während ich Fall 8, bei dem die Paralyse erst nach 13 jährigem Bestehen eines paranoid-halluzinatorischen Zustandes erkennbar wurde, als ein Nebeneinander von zwei voneinander völlig unabhängigen Krankheiten deute. Fall 8 ist ein Beispiel dafür, daß eine chronisch-paranoide Halluzinose an einer progressiven Paralyse erkrankt.

Als Beispiel für die Entstehung halluzinatorisch-paranoider Zustandsbilder bei noch anderen Infektionskrankheiten sei folgender Fall angeführt:

Arno *Warstadt* hat im Archiv für Psychiatrie, Band 20, 1930, einen Fall von progressiver Paralyse mit paranoid-halluzinatorischem Zustandsbilde nach spontan aufgetretenen fieberhaften Erkrankungen geschildert. Es handelt sich um einen in psychischer Hinsicht nicht prämorbiden Mann, der an einer typischen expansiven Paralyse leidet und an einem Magen-Darm-Katarrh mit hohem Fieber erkrankt. Nach 2 Monaten klagt er über hypochondrische Beschwerden, die allmählich wahnhaft umgedeutet und paranoid verarbeitet werden. 3 Jahre später macht er eine

Digitized by Google

Grippe mit fünftägigem Fieber durch. »Gleich darauf« tritt ein nunmehr seit über 2½ Jahren bestehendes paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild in Erscheinung mit körperlichen Sensationen, Gehörs-, Gesichts- und wohl auch mit Geschmackstäuschungen und grotesken Wahnideen bei erhaltener Besonnenheit.

Auch hier halte ich den Deutungsversuch nach *Bostroem* und *Carrière* — aber natürlich nicht auf die Paralyse, sondern auf den fieberhaften Darmkatarrh und auf die Grippe als exogene Schädlichkeiten bezogen — für durchaus zutreffend.

Von großem Interesse ist in diesem Zusammenhange jener Fall Emil Dahl, über den *Wilmanns* und *Ranke* in Nißls Beiträgen zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlaufe und anatomischem Befunde bei Nerven- und Geisteskrankheiten referiert haben.

Er betrifft eine geistig und körperlich normal veranlagte Persönlichkeit, bei der im 30. Lebensjahre — im Mai 1903 — eine mit Schlaflosigkeit, allgemeinem Unbehagen und rheumatischen Schmerzen im rechten Bein beginnende Erkrankung einsetzte. Allmählich entwickelte sich gesteigertes Selbstgefühl und große Unternehmungslust.

»Neurologisch: Pupillendifferenz, Sprachstörung, unsicherer, schwankender Gang. Im Juni 1903 Überführung in eine Privatanstalt. Hier während der ersten Monate schwachsinnige Euphorie mit blühendem Größenwahn. Alsdann Entwicklung einer eigenartigen Halluzinose mit äußerst plastischen optischen und akustischen Trugwahrnehmungen. Neben den erwähnten Lähmungserscheinungen vorübergehend Urinverhaltung. Im November 1904 Aufnahme in die Klinik. Hier bis zum Tode, annähernd 2½ Jahre, das gleiche Bild. Massenhafte, mehr oder weniger sinnvolle Zusammenhänge bildende Trugwahrnehmungen der verschiedensten Sinnesgebiete. Absurde, unter sich beziehungslose Wahnkomplexe. Eigenartige starre Haltungen, wunderliche Stereotypien und Manieren, sonderbare sprachliche Äußerungen. Gedächtnis, Merkfähigkeit, Rechenfähigkeit ohne größere Störungen. Neurologisch: Verstrichene Nasolabialfalten, lebhafte Reflexe, eigentümliche näselnde Sprachstörung. Tod im tuberkulösen Marasmus. Makroskopisch-anatomisch: Der Paralyse verdächtiger Hirnbefund. Histopathologisch: Nach Ausbreitung und histologischen Details atypische paralytische Rindenerkrankung. Weitgehende Verfettung der kordikalen Nervenzellen. Regressive Gefäßveränderungen der Rinde.« »Der überaus geringe Grad der paralytischen Veränderungen« wird besonders hervorgehoben.

Digitized by Google

Es war während des Lebens die Diagnose Endzustand einer schleichenden Dementia praecox gestellt worden. Auf Grund des histopathologischen Befundes wurde sie als Fehldiagnose gekennzeichnet und nachträglich in »stationäre Paralyse« umgeändert.

Nach meinen Erfahrungen mit den Psychosen bei Recurrensgeimpften glaube ich nicht an eine Fehldiagnose, sondern habe ich folgende Auffassung:

Es hat eine Paralyse + Schizophrenie bestanden. Ob die Schizophrenie durch den exogenen Reiz der Paralyse oder der Tuberkulose ausgelöst worden ist oder von Anfang an schon als zufällig kombinierter Krankheitsprozeß nebenher lief, läßt sich nicht entscheiden. — Der Kranke starb im tuberkulösen Marasmus. Ich stelle mir vor, daß die Paralyse durch den tuberkulösen Prozeß in weitgehendem Maße zur Remission gebracht worden ist — Tuberkulin wurde ja gelegentlich mit Erfolg zur Bekämpfung der Paralyse benutzt — und daß die schizophrenen Symptome die noch restlichen paralytischen gleichsam überwuchert haben.

Wir haben gesehen, daß zu ganz verschiedenen Zeitpunkten, vor Manifestwerden, bei Beginn und während des Verlaufs der fortschreitenden Hirnlähmung vom typischen klinischen Verlaufe dieser Krankheit abweichende, an den schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Formenkreis erinnernde Zustandsbilder auftreten und eine selbständige Rolle insofern spielen können, als sie bei recht weitgehenden biologischen, klinischen und histologischen Remissionen der Paralyse fortzubestehen und meist in prognostisch ungünstiger Weise nach eigenen Gesetzen sich weiter zu entwickeln pflegen.

Bei bereits bestehenden Paralysen sind sie nach Schilderungen in der Literatur auch im Anschlusse an fieberhafte Erkrankungen, wie nach Malaria, Grippe, Tuberkulose, Typhus und nach Behandlung mit Tuberkulin, Typhusvakzine, nukleinsaurem Natron beobachtet worden. In Anlehnung an *Bostroem*, *Carrière* und ältere Autoren deute ich diese Erscheinungen als Ausdruck des aktivierenden exogenen Reizes der Paralyse selbst oder der mit der fortschreitenden Hirnlähmung vergesellschafteten anderen Infektionskrankheiten und Noxen auf latente Bereitschaften zu »endogenen Psychosen«.

Wenn man diese Auffassung bezüglich der Paralytiker anerkennt, so liegt kein zwingender Grund zur Ablehnung des gleichen Mechanismus bei Nichtparalytikern vor. Wollte man einwenden, daß vielleicht gerade die sich vorbereitende oder schon im Gange befindliche Paralyse den günstigen Boden für die Entstehung psychotischer Vorgänge der geschilderten Art abgibt, so wäre das ein recht einseitiger und eng umschriebener Deutungsversuch, welcher die gar nicht so seltene Erfahrung vom Entstehen von Schizophrenien

Digitized by Google

bei Nichtparalytikern nach Infektionskrankheiten völlig unbeachtet lassen würde. Auch ist uns aus der Anmerkung von *Bodechtel* in seinem Referate über die Arbeit von Béla *Hechst* »Zur Histopathologie der Schizophrenie mit besonderer Berücksichtigung der Ausbreitung des Prozesses« (Zentralbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 61, H. 9/10, 1931, S. 628) bekannt, daß bei Geistesgesunden bei Tuberkulose, Bronchopneumonie, Sepsis, bei allen möglichen anderen körperlichen Krankheiten, insbesondere Herz-, Nieren- und Infektionskrankheiten, Veränderungen der Hirnrinde hervorgerufen werden können, wie sie von Béla *Hechst* bei der Schizophrenie beschrieben worden sind. Man könnte also mit gleichem Rechte wie der Paralyse auch diesen pathologischen Vorgängen eine ähnliche disponierende Wirkung für das Zustandekommen einer Schizophrenie zuschreiben. So erscheint das durch die Mehrzahl der mitgeteilten Arnsdorfer Krankengeschichten illustrierte Phänomen bei Paralytikern lediglich als ein Sonderfall im Rahmen eines allgemeinen biologischen Gesetzes, daß durch äußere Schädigungen Psychosen hervorgerufen werden können, die wir zurzeit noch zu den »endogenen« zählen. Das wird immer dann eintreten, wenn das Kräfteverhältnis zwischen exogenem Reize und latenter Bereitschaft einen gewissen Schwellenwert überschritten hat.

Das Ergebnis meiner Blutuntersuchungen bei Schizophrenen, das in dem Satze gipfelt, daß bei Schizophrenen, dem verschiedenen Stande ihrer Krankheit entsprechend, verschiedene Hämogramme in Erscheinung treten, die durchaus übereinstimmen mit dem der entsprechenden Krankheitsphase zugehörigen Blutbildtype der biologischen Immunisierungskurve, ist ebenfalls in der Richtung zu deuten, daß bei Schizophrenien exogene Faktoren — wohl im Sinne einer mehr oder weniger chronischen Entzündung — eine ausschlaggebende Rolle spielen können. An die Auffassung von *Cotton* von der Fokalinfektion, von Leo *Wolfer* und E. *Loewenstein*-Wien von der Tuberkulogenese der Schizophrenie und an die schon erwähnten Beobachtungen, daß nach fieberhaften Erkrankungen mitunter Schizophrenien auftreten, sei nur kurz erinnert.

Zusammenfassung.

1. Bei und nach Recurrensbehandlungen der Paralytiker wurden, ähnlich wie bei mit Malaria Behandelten, auffällige, für die fortschreitende Hirnlähmung ungewohnte Symptombilder beobachtet: Flüchtige, delirante, amentielle Erscheinungen in der Fieberperiode, länger andauernde und chronische Psychosen nach Art der schizophrenen und paranoid-halluzinatorischen Reaktionstypen, besonders in der Remissionszeit.
2. Bei etwa 800 Impfrecurrenserkrankungen haben wir dreimal während der Fieberperiode beachtliche deliriöse

Digitized by Google

Zustände erlebt, das ist in 0,375% oder im 16. Teile der bei Epidemien errechneten Häufigkeit. Diese Seltenheit der Fieberdelirien bei meinen Fällen dürfte mit der Art unserer Impfmethodik zusammenhängen

3. Zu den sogenannten chronischen Psychosen der Remissionsperiode gehörige Fälle habe ich 10 beobachtet: 4 katatone, 5 paranoid-halluzinatorische und 1 mit wiederholtem Wechsel zwischen katatonen und halluzinatorisch-paranoiden Phasen. Alle zeichneten sich durch das Erhaltensein der Besonnenheit aus.
4. Bei allen diesen Kranken waren die schizophrenen oder paranoid-halluzinatorischen Züge schon vor der Fieberbehandlung deutlich erkennbar, so daß bei keinem von einer Entstehung oder Auslösung eines neuartigen Reaktionstypes durch die Recurrens die Rede sein kann.
5. Mit der Auffassung *Gerstmanns* von einer durch die Malariabehandlung bewirkten Annäherung der Paralyse an die Lues cerebri lassen sich unsere mit Recurrens behandelten Fälle nicht in Einklang bringen.
6. Ich glaube vielmehr, daß es sich von vornherein um die Kombination von zwei Psychosen, von Paralyse + Schizophrenie handelt.
7. Dabei kann es sich einmal um ein zufälliges Zusammentreffen von zwei psychischen Erkrankungen handeln, indem ein Schizophrener paralytisch oder ein Paralytiker schizophren wird, oder es könnte ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Paralyse und Schizophrenie bestehen in dem Sinne, daß die Paralyse als exogener Reiz den Ausbruch eines »endogenen« Leidens, einer Schizophrenie, provoziert.
8. In gleicher Weise wie die Paralyse können natürlich auch die Malaria, Recurrens, Grippe, Tuberkulose, Typhus und andere Krankheiten und Noxen als exogene Reize endogene Erkrankungen auslösen. Das scheint bei Malaria nicht allzu selten vorzukommen. Bei Recurrens habe ich es nicht beobachtet. Dieser Unterschied zwischen den beiden zur Paralysebekämpfung gebräuchlichen Krankheiten bedeutet einen Vorzug der Recurrens gegenüber der Malaria.
9. Wenn schon geringe, pathoplastisch noch bedeutungslose erste paralytische Hirnveränderungen dazu genügen, ein latentes, endogenes Leiden flottzumachen, so ist der Ausbruch dieses Leidens ein Indikator für eine dahinterstehende Paralyse und kann eine wichtige Rolle zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der fortschreitenden Hirnlähmung werden. Es ist deshalb nötig, auch bei nicht paralytisch und nicht luetisch anmutenden Psychosen genaue Blut- und Liquoruntersuchungen vorzunehmen.

Digitized by Google

10. Prognostisch sind die schizophren gefärbten Formen günstig, die paranoid-halluzinatorischen nur ganz im Beginne. Da man aber auch den letzteren anfangs nicht mit Bestimmtheit die schlechte Prognose ansehen kann, wird man nicht in der Lage sein, sie von der Fieberbehandlung auszuschließen.
11. Als Beispiel für die Auslösung eines endogenen Leidens durch akuten Magen-Darm-Katarrh bzw. durch Grippe deute ich den von *Warstadt* beschriebenen Fall, während ich den bekannten Fall Emil Dahl als Kombination von Paralyse + Schizophrenie auffasse, ohne entscheiden zu können, ob dabei die Schizophrenie durch den exogenen Reiz der Paralyse oder der Tuberkulose ausgelöst worden ist oder ob es sich um ein zufälliges Zusammentreffen von Paralyse + Schizophrenie handelt.
12. Wenn man die Möglichkeit anerkennt, daß bei Paralytikern durch exogene Schädigungen endogene Psychosen ausgelöst werden können, so liegt kein Grund vor, den gleichen Vorgang bei Nichtparalytikern abzulehnen.
13. So erscheinen die meisten der durch die Arnsdorfer Krankengeschichten veröffentlichten Beispiele lediglich als Sonderfälle im Rahmen des biologischen Gesetzes, daß durch äußere Schädigungen Psychosen geweckt werden können, die wir vorläufig noch als endogene Seelenstörungen zu bezeichnen gewöhnt sind.
14. Die Ergebnisse meiner morphologischen Blutuntersuchungen, die Auffassung von der Fokalinfektion von *Cotton* u. a., von der Tuberkulogenese der Schizophrenie von *Wolfer* und *Loewenstein*-Wien sowie die gelegentlichen Beobachtungen des Auftretens von Schizophrenien nach Infektionskrankheiten würden mit dieser Annahme übereinstimmen.

Schrifttum.

Bostroem, A., Über die Auslösung endogener Psychosen durch beginnende paralytische Hirnprozesse und die Bedeutung dieses Vorganges für die Prognose der Paralyse. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Band 86, H. 2. 1929. — Über organisch provozierte endogene Psychosen. Zeitschr. f. ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 131. 1931.

Carrière, R., Schizophrenie im Verlaufe malariabehandelter Paralyse und anderer chronischer Hirninfektionen. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 91. 1929. — Über die Linksverschiebung im Blutbild der Schizophrenen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 135. 1931.

Fleck, Über die Malaria- und Recurrensbehandlung der Paralyse. Arch. f. Psych., Bd. 75. 1925.

Gerstmann, J., Über die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive Paralyse. II, Mitteilung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 74. 1922. — Zur Frage der Umwandlung des klinischen Bildes der Paralyse in eine halluzinatorisch-paranoide Erscheinungsform im Gefolge der

Digitized by Google

Malariaimpfbehandlung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 93. 1924. — Die Malariabehandlung der progressiven Paralyse. Wiener Verl. v. Jul. Springer. 1925.

Kihn, Über typische Rezidiv-Bildungen und typische Verlaufsformen der Paralyse nach Abschluß der Infektionsbehandlung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 131. 1930.

Knopp, Th., Verlaufsänderung von Paralyse nach Fieberbehandlung. Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde, Bonn, Mai 1926.

Loewenstein, E., Tuberkulose als Ursache der Erkrankungen des Zentralnervensystems. Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr., Nr. 32. 1931.

Magunna, K., Die Veränderung des klinischen Krankheitsbildes der progressiven Paralyse durch die Malariabehandlung. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 88, Heft 4. 1929.

Sagel, Eigene Erfahrungen über das weiße Blutbild und seinen Wert für die Psychiatrie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 125. 1930.

Spielmeyer, W., Über Versuche der anatomischen Paralyseforschung zur Lösung klinischer und grundsätzlicher Fragen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Bd. 97. 1925.

Schulte, Über die paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder usw. Zentralbl. Neurol., Bd. 52. 1929.

Schröder, P., Über Remissionen bei progressiver Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XXXII, H. 5. 1912. — Katatone Zustände bei progressiver Paralyse. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., Bd. XL, H. 1. 1916.

Steiner, G., Über die Infektionsbehandlung der Metasyphilis. Jahreskurs f. ärztl. Fortbildung. Mai-Heft 1924.

Warstadt, A., Ein Fall von progressiver Paralyse mit paranoid-halluzinatorischem Zustandsbilde nach spontan aufgetretenen fieberhaften Erkrankungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten, Bd. 90. 1930. — Kasuistischer Beitrag zur Pathogenese der Schizophrenie. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Bd. LXXX. 1930.

Wilmanns und *Ranke*. Ein Fall von Paralyse mit dem klinischen Verlauf einer Dementia praecox. Beiträge zur Frage nach der Beziehung zwischen klinischem Verlauf und anatomischem Befund bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Bd. 1, H. 9. Berlin, Jul. Springer. 1915.

Wolfer, L., Zur Ätiologie und Prophylaxe der Schizophrenie. Med. Klinik, Nr. 43. 1931.

Digitized by Google

Beitrag zur Kenntnis der hepato-lentikulären Degeneration.

Von

Carl Schneider,

leitender Arzt der v. Bodelschwingh'schen Anstalten Bethel bei Bielefeld.

Vor etwa 14 Jahren, im letzten Kriegsjahr bestand bei unserer Division — ich weiß nicht ob anderwärts auch — die Einrichtung eines Fortbildungslehrganges für junge Mediziner. Es war für uns immer ein Nachmittag der Erholung und Entspannung, eine Unterbrechung des Einerleis und ein erwünschter Anlaß zum Zusammentreffen mit Altersgefährten. Nicht allzuviele der dort empfangenen Stunden sind mir in Erinnerung geblieben. Unter diesen aber ragen die des Jubilars, des damaligen Lehrers in Psychiatrie, vor allem hervor. Es waren meine ersten psychiatrischen Lehrstunden im strengen Sinne, ihre Lebhaftigkeit und Anschaulichkeit wirkten auf mich, der eigentlich der inneren Medizin und Pathophysiologie sich verschrieben hatte, in gleicher Weise anziehend. Besonders steht mir das Kolleg über das manisch-depressive Irresein und die überzeugende Darstellung der Ideenflucht durch in heiterster Überlegenheit vorgetragene Beispiele in genauester Erinnerung.

Später, im Juli 1918, an der Avre erhielt ich vom Jubilar praktischen Unterricht in psychiatrischen Verrichtungen: Mitten in der Sperrfeuerzone gab er bewußtlosen Schädelverletzten, deren Abtransport des Feuers wegen unmöglich war, Sondenfütterung mit der unerschütterlichen Ruhe gleichsam des friedensmäßigen Abteilungsdienstes. —

Vielleicht darf man den 70. Geburtstag zum Anlaß nehmen, solche Erinnerungen persönlicher Art aufzufrischen. Für mich bedeuteten sie immerhin die ersten Lehrstunden in theoretischer und praktischer Psychiatrie, eindrucksvoll nicht nur durch die besondere Situation, sondern auch durch die Persönlichkeit des Lehrers. Der nachfolgende bescheidene Beitrag aus einem Arbeitsgebiet, welches dem Jubilar näher lag als andere, möge ein sichtbarer Dank sein für jene ersten Anregungen, die ich damals erhalten habe.

Die Veröffentlichung[1]) des Einzelfalles von hepato-lentikulärer Degeneration, den ich vor etwa zwei bis drei Jahren (noch in der Anstalt Arnsdorf) untersuchen, beobachten und

[1]) Herrn Obermedizinalrat Dr. Schlegel (Direktor der Anstalt Arnsdorf) bin ich für die Überlassung der Krankengeschichte und Präparate auch nach meinem Weggang herzlich dankbar.

Digitized by Google

schließlich histopathologisch bearbeiten konnte, geschieht in erster Linie unter dem Gesichtswinkel, die große Spielbreite anschaulich zu machen, in der sich die Syndrome dieser Krankheit bewegen.

Willy Winkler, geboren 7. 12. 1907. Der Vater ist gestorben, die Todesursache ist unbekannt. Die Mutter lebt, ist gesund. Geschwister sind nicht vorhanden. Sonstige Verwandte waren nicht erreichbar.

Der Junge war in der Schule übermütig, zänkisch, streitsüchtig. Seine Leistungen waren durchschnittlich. Er wurde zunächst Arbeiter in einer Glasfabrik, dann Malerlehrling und bestand zu rechter Zeit die Gesellenprüfung.

An früheren Krankheiten werden nur Masern und Scharlach erwähnt.

Schon in der Lehrzeit traten Charakterveränderungen auf. Er fühlte sich immer zurückgesetzt, wurde dann auffallend gleichgültig und schlief viel und lange. Seit etwa 1926 wurde er störrisch und gereizt, vertrug sich zu Hause nicht, war frech gegen die Mutter und schlug sie bei einem Streit mit der Kohlenschaufel über den Kopf, so daß sie bewußtlos wurde. Deswegen mußte er schließlich Anfang 1928 die elterliche Wohnung verlassen und allein in Untermiete ziehen.

Anfang März wird er beim Radfahren von einer Kraftdroschke angefahren und erleidet dabei einen Spiralbruch des rechten Unterschenkels. Er war während der Behandlung desselben im Krankenhause so störend, daß er in die Heil- und Pflegeanstalt Dresden aufgenommen werden mußte. Er schrie und brüllte herum, zerschlug Geschirr, onanierte ungeniert, war unsauber. In der Anstalt war er kindisch-läppisch, frech und vorlaut, fügte sich in keine Anordnung, schlug andere Kranke, machte alles verkehrt. Er wurde im August entlassen, nachdem sich sein Verhalten gebessert hatte. Im September 1928 wird er erneut von einer Kraftdroschke angefahren und erleidet jetzt eine leichte Hirnerschütterung. Im Anfang Oktober sucht er von selbst die Heil- und Pflegeanstalt auf, weil er nach dem neuen Unfall ein »Drehen« im Kopf verspüre. Anfangs guter Stimmung, wurde er bald ängstlich, klagte über innere Unruhe, fürchtete »toben« zu müssen, verlangte nach Isolierung und gab Gesichts- und Gehörstäuschungen an. Dann war er oft lebhaft und laut, trat gegen die Bettbretter, warf das Bettzeug heraus, warf mit Geschirr, zerreißt Wäsche und versucht, sich aus dem Bett zu stürzen. Intelligenzausfälle sind nicht nachweisbar.

Kurz vor der Überführung nach Arnsdorf wird er ruhiger, ist eher gedrückter Stimmung und ißt schlecht.

An körperlichen Zeichen fiel nur eine geringe mimische Beweglichkeit und eine Schwäche des linken Mundfazialis auf. Auffallenderweise wird notiert, daß W. sich einen Dekubitus am Kreuzbein zugezogen hatte, während er Bettruhe halten mußte. WaR. negativ.

Ich habe den Kranken in Arnsdorf von Zeit zu Zeit immer wieder einmal untersucht und dabei bis in den Endzustand hinein den gleichen Befund erhalten:

Das Gesicht war sehr mimikarm, faltenlos, die Lidspalten weit offen, im linken Mundfazialis sprach die Innervation schlechter an als rechts, es wurde aber schließlich das gleiche Bewegungsausmaß erreicht

Digitized by Google

wie rechts, die Zunge wich ein wenig nach rechts ab, zeitweilig tropfte Speichel aus dem Munde. W. war im ganzen etwas bewegungsarm, seine Haltung leicht gebeugt. Die Sprache war schwer verständlich, adynamisch, nuschelnd, der der Postenzephalitiker täuschend ähnlich. Beim Gehen fehlten die Pendelbewegungen des linken Armes, beim Stehen zitterten zeitweilig beide Beine etwas.

Die Schrift war von Anfang an zittrig und fahrig. Alle sonstigen typischen Zeichen waren normal. Insbesondere fehlten dauernd alle gröberen Koordinationsstörungen der Gliedmaßen. Ein Fleischer'scher Hornhautring war nicht vorhanden. Tonusstörungen fehlten, Wackeln usw. bestand nicht.

Im Verlauf der Erkrankung änderte sich auch das psychische Bild im ganzen nur wenig: Zeiten größerer Ruhe und Zufriedenheit, verbunden mit einiger Fügsamkeit und Lenkbarkeit des Kranken wechselten ab mit Zeiten größerer Reizbarkeit, Widerspenstigkeit, Fahrigkeit, in denen er sich zu keiner noch so einfachen Tätigkeit sammeln konnte. Er geriet dann andauernd in Konflikte, folgte keiner Aufforderung, war äußerst zudringlich und klebrig, ruhelos und lästig. Vorlaute Großmäuligkeit, läppische Ungezogenheit machten ihn zu einem sehr schwierigen Anstaltsinsassen. Er konnte trotz Ablehnung hintereinander 10mal um dieselbe gleichgültige Erlaubnis bitten, z. B. wenn er exploriert wurde, immer wieder fragen: kann ich jetzt in den Garten, oder kommt noch was, kann ich jetzt raus. Oder er hat wegen Stuhlverstopfung Rizinus erhalten und kommt dann im nächsten Augenblick: Herr Dr., kann ich jetzt was für den Stuhl kriegen. Abgewiesen, kommt er sofort wieder zur Tür herein und fragt: Herr Dr., kann ich nun etwas für den Stuhl bekommen.

Einmal hat er einen Pfleger mit dem Schrubber so ins Gesicht geschlagen, daß die Wunde genäht werden mußte.

Dabei war er immer orientiert, besonnen, antwortete stets korrekt, redete niemals faseliges Zeug, hat nie wieder halluziniert.

Dezember 1929 traten plötzlich epileptiforme Anfälle auf, und zwar sofort gehäuft. Die eintretende Benommenheit veranlaßte eine Lumbalpunktion. Bei derselben wurde Druckerhöhung im Liquor gefunden. Die Untersuchung des Punktates ergab aber vollkommen normalen Befund. Nach 14 Tagen verschwanden die Anfälle, nachdem eine Zeitlang Zuckungen der linken Körperhälfte aufgetreten waren. Der Kranke war in dieser Zeit sehr hinfällig geworden, hatte stark abgenommen und blieb von nun an bettlägerig. Im März traten neue Anfälle auf, sehr rasch kam es zu gehäuften Anfällen, der Patient war aber nur zeitweilig benommen, jammerte viel über Zuckungen der linken Körperseite, die auch zwischen den Anfällen bestanden, es bildete sich eine deutliche Parese des linken Armes und linken Beines heraus, ohne daß Pyramidenbahnerscheinungen nachweisbar wurden. Dann kam ein rasch wachsender Dekubitus hinzu, und der Patient erlag Ende April 1930 einer Sepsis, die von diesem Dekubitus ausging.

Die Anfälle der zweiten Anfallsserie verdienen eine etwas genauere Beschreibung: Bei ihnen war durchweg das Bewußtsein auch auf der Höhe des Anfalls erhalten. Man konnte sogar den Patienten dabei zum Lachen bringen, ja er war dankbar dafür, wenn man sich mit ihm zu

Digitized by Google

unterhalten versuchte, wenn er auch nicht antworten konnte. Zeitweilig kam alle fünf bis acht Minuten ein Anfall von kaum halbminütlicher Dauer.

Der Anfall begann mit einer langsamen Linkswendung des Kopfes, welcher dann der Körper folgte. Der linke Arm und das linke Bein wurden krampfartig gestreckt und erhoben, dabei hatte man eher das Gefühl einer rigorartigen Spannung, einer wächsernen Biegsamkeit. Rechtes Bein und rechter Arm beteiligten sich nur wenig, meist wurde der rechte Arm gebeugt, das rechte Bein gestreckt, dabei war keine deutliche Tonuserhöhung spürbar. Es bestand ein horizontaler Nystagmus nach rechts. Die Gesichtsmuskulatur beteiligte sich nicht immer am Krampf. Den Schluß des Krampfes bildeten meist einige wenige klonische Zuckungen des linken Armes und Beines. Es trat dann Zyanose oder Blässe auf, der Puls wurde weich und oft kaum fühlbar, die Haut- und Sehnenreflexe links waren nach dem Anfall erloschen. Nach einer kurzen Erholungspäuse begann das Spiel von neuem.

Anatomischer Befund:

Außer den Zeichen einer Sepsis ergab die Obduktion eine grobknotige Leberzirrhose vom Typus der Wilsonleber. Am Gehirn war mit bloßem Auge kein Befund zu erheben.

Die histologische Untersuchung ergab:

An Leberstückchen: Das Lebergewebe ist völlig umgebaut. An keinem der Stückchen sieht man die normale Leberstruktur. Alle Schnitte zeigen lediglich allseitig von breiten Bindegewebszügen umschlossene Lebergewebsknoten sehr verschiedener Größe. In den Bindegewebszügen sieht man zahlreiche Gallengänge, aber nur ganz vereinzelte Rundzellen. Von einer eigentlichen Infiltration kann man nicht sprechen. In allen Lebergewebsknoten besteht eine ausgesprochene Verfettung der Leberzellen, so, daß in manchen Knoten fast alle Leberzellen zu großen Fettvakuolen umgewandelt sind. In anderen findet sich nur gleichmäßige Durchsetzung aller Leberzellen mit feinen Fett-Tropfen, in anderen nur fleckige Zellverfettung, und zwar dann teils peripher, teils zentral im Knoten, und zwar auch — soweit die zentrale Läppchenvene überhaupt sichtbar ist — um dieselbe herum.

In manchen weniger verfetteten Knoten sieht man auffallend große und blasige Leberzellkerne neben kleinen, geschrumpften. Einzelne Leberzellen sind sehr klein. Diese kleinen Zellen enthalten ein im van Gieson-Präparat okerfarbenes Pigment.

Im Zentralnervensystem: Das Rückenmark ergab an einigen Stichprobeschnitten keine Veränderung. Die ersten schweren Veränderungen ergaben sich in dem verlängerten Mark, und zwar in der Höhe der unteren Oliven.

Die Veränderungen nehmen dann — soweit die Glia in Frage kommt — nach den Stammganglien hin zu, während die Ganglienzellen endhirnwärts immer weniger mitbeteiligt erscheinen.

Die gemeinsamen Kennzeichen aller Schnitte sind: Hirnhäute und Gefäße sind überall ganz unbeteiligt. Keinerlei Gefäßvermehrung, keinerlei Infiltrate. In allen erkrankten Partien ist das hervorstechendste Merkmal die Gliaveränderung im Sinne der sogenannten Alzheimerschen Pseudosklerosezellen: Im Putamen findet man die größten Elemente dieser Art.

Digitized by Google

Riesige Kerne, die fast die Größe der großen Putamenzellen erreichen, vielfach ausgebuchtet, mit Kernmembranfalten (oft mit mehreren), die meisten mit bläulicher Anfärbung des Kernplasmas, welche sich von der Metachromasie der Ganglienzellen deutlich unterscheidet, mit feinverteilten Chromatinkörnchen. Diese Form kommt nur im Putamen vor. Daneben und in den übrigen Hirnpartien ausschließlich findet man ebenfalls riesige, aber etwas kleinere Kerne, teilweise ausgesprochen gelappt, teilweise nur mit tiefen Buchten, teilweise mit kleinen Abschnürungen, deren Kernmembran Falten zeigt. Sie enthalten meist ein deutliches Kernkörperchen und feine Chromatinkörnchen, auch ist das Liningerüst meist deutlich gefärbt. Die Größe dieser Kerne erreicht das sechs- bis achtfache der gewöhnlichen Gliakerne, die sich daneben finden. Viele dieser Kerne sind umgeben vom Zelleib, der meist fein verzweigte Ausläufer erkennen läßt und an vereinzelten Zellen feine Einlagerung von chromatinähnlicher Färbung erkennen läßt. Pigmente waren nirgends zu sehen.

Außerdem fanden sich — in manchen Partien besonders zahlreich — Kerne von ganz ähnlicher Beschaffenheit, aber minderer Größe und runder Form. Sie hoben sich sofort durch ihre Helligkeit und die Kernmembranfalten sowie durch die Verteilung der Chromatinkörnchen von den anderen Gliazellen ab. Ihre Größe betrug das zwei- bis vierfache der gewöhnlichen Gliazellen.

Die Oligodendroglia erwies sich überall als ganz unbeteiligt. An einzelnen Stellen war — dort wo größere Ganglienzellenausfälle vorhanden waren — die Hortegaglia in deutlicher Wucherung.

In den Stammganglien, der Brückenregion und dem verlängerten Mark fanden sich Zellen der gleichen Art, wie sie Opalski beschrieben hat:

Große runde plasmareiche Zellen mit ein oder zwei kleinen dunklen Kernen, welche ohne Ausläufer gleichsam für sich im übrigen Gewebe liegen, ohne doch aus ihm herausgelöst zu sein. Das Plasma ist wabig, teilweise feinvakuolig. Im Nisslschnitt färbt es sich blaßviolett bis blaßrötlich, im van Gieson-Schnitt okergelb bis rötlichbraun. An einzelnen Stellen fanden sich Zellen mit einem hellen blasigen Kern, dessen Beschaffenheit an die oben geschilderten, den Alzheimerzellen ähnlichen Kerne erinnert, mit einem Protoplasma von gleichem färberischen Verhalten wie die Opalskischen Zellen. Aber gleichzeitig zeigten sie plumpe, zipfelförmige Fortsätze in unregelmäßiger Verteilung.

In den einzelnen Höhen ergab sich außerdem noch folgendes: In den unteren Oliven besteht deutlicher streuender Ganglienzellschwund. Im oberen Blatt der linken Olive sind alle Ganglienzellen restlos geschwunden. Die noch vorhandenen Ganglienzellen sind sämtlich verändert: der Kern ist geschrumpft, die Zellform eckiger und plumper als normal, das Plasma gleichmäßig angefärbt, soweit es nicht durch fettige Pigmente überhaupt verdeckt ist. Gewöhnlich werden drei bis vier Fünftel des Zelleibs durch solche fettigen Pigmente eingenommen.

Trotz dem starken Zellschwund treten die Oliven bei Betrachtung mit bloßem Auge deutlicher hervor als im normalen Schnitt. Das beruht auf der starken Gliavermehrung. Dieselbe geht nur zum Teil zu Lasten der großen hellen Zellen. Fast noch mehr ist die Hortegaglia gewuchert. Überall liegen die kleinen dunkel gefärbten, gekrümmten und gebuckelten

Digitized by Google

Kerne der Hortegaglia in großer Zahl. Stäbchenzellen sind nicht nachweisbar.

Die übrigen Oblongatakerne sind intakt. Alzheimer und Opalski-Zellen sind in mäßiger Zahl vorhanden.

In Brücke und Haube ist kein Ganglienzellschwund nachweisbar, dagegen noch deutliche Vermehrung der Hortegaglia. Einzelne Opalskizellen finden sich neben häufigeren Alzheimerriesengliakernen.

In Nucleus dentatus sind wieder die Ganglienzellen deutlich vermindert. Das Bild ähnelt hier außerordentlich dem der unteren Olive. Doch sind mehr dunkle runde Gliakerne nachweisbar als dort.

Die Substantia nigra ist mit Ausnahme einzelner Alzheimerzellen gänzlich unverändert.

Im Thalamus enthalten zahlreiche Ganglienzellen fettige Pigmente. Ein Zellschwund ist nicht nachweisbar. Es überwiegt hier die Oligodendroglia. Typische Alzheimerzellen finden sich nicht, nur die hellen runden Kerne mit Kernmembranfalten. Im Pallidum sind die Veränderungen ebenfalls recht gering. Deutlicher Zellausfall ist nicht vorhanden, einzelne Opalskizellen und Alzheimerzellen finden sich, besonders in den vorderen Partien.

Am stärksten verändert ist das Putamen. Im van Giesonpräparat ist bereits eine deutliche Lückenbildung erkennbar, während im ganzen keine deutliche Zellverminderung vorhanden zu sein scheint. Wie schon erwähnt, sind hier die charakteristischsten Alzheimerzellen vorhanden, Opalskizellen fehlen. Fleckweise findet man ausgesprochene Pyknose der kleineren runden Gliakerne, auch Kernzertrümmerung. An diesen Stellen zeigen die Kerne der großen und kleinen Ganglienzellen eine eigenartige tiefblaue Färbung des Chromatins, welches zugleich krümelig und bröckelig erscheint. In der Stirnhirnrinde finden sich noch überaus zahlreich die großen hellen runden Gliakerne von übernormaler Größe, einzelne auch mit Kernmembranfalten.

Die gesamte übrige Rinde ist fast völlig intakt. Nirgends sieht man Zellausfälle in der Rinde, in der 3. Schicht sieht man fast überall einzelne geschrumpfte Ganglienzellen.

Die Gliafaserfärbung gelang wie bei *Lüthy*s Fall trotz vieler Versuche nicht. (Folge der Sepsis?)

Zusammenfassung:

Ein junger Mann zeigt mit etwa 16 Jahren ausgesprochene Charakterveränderungen und wird schließlich sogar gegen seine Mutter gewalttätig. Im Anschluß an einen Unfall, der vielleicht schon mit seiner Veränderung zusammenhängt (er selbst meinte im Anfang, er habe viel »gedöst«, so auch im Augenblick des Unfalls), bedarf er wegen lauten, anstößigen Benehmens der ersten Anstaltsaufnahme. Auch im ganzen weiteren Verlauf überwiegen die Charakterveränderungen. Vorübergehend sollen Sinnestäuschungen aufgetreten sein. An neurologischen Zeichen traten außer einer linksseitigen Fazialisparese nur eine gewisse Akinese und mimische Starre sowie eine Sprachveränderung ähnlich der postenzephalitischen hervor. Zwei Phasen schwerer

Digitized by Google

gehäufter epileptiformer Anfälle, die letzte bei erhaltenem Bewußtsein, beschließen das Krankheitsbild. Der Tod erfolgt interkurrent an Sepsis, ausgehend von einem Dekubitus. Während des ganzen Verlaufes bestand große Dekubitusneigung.

Anatomisch wurde eine grobknotige Leberzirrhose gefunden, histologisch im Zentralnervensystem das Bild der Pseudosklerose.

Es ist nicht beabsichtigt, hier eine Zusammenfassung unseres augenblicklichen Wissens von der hepatolentikulären Degeneration zu geben[1]). Ich begnüge mich damit, einige wenige Punkte herauszugreifen.

Während des Lebens war die Diagnose unklar geblieben. In der ersten Anstalt hatte man eine Schizophrenie angenommen. In Arnsdorf neigte man eher der Diagnose postenzephalitische Pseudopsychopathie zu. In der Tat schien das Syndrom für diese Diagnose zu sprechen, wenn auch eine akute Enzephalitis in der Vorgeschichte nicht nachgewiesen werden konnte und keine Schlafstörungen vorhanden waren. Erst die Anfälle machten in dieser Diagnose unsicher, denn die bei Postenzephalitikern zu beobachtenden Anfälle sind von anderer Art. Gerade die Anfälle schienen sich mit keinem der geläufigeren Krankheitsbilder vereinigen zu lassen. Die Diagnose blieb daher unklar bis zur Sektion.

An der Diagnose hepatolentikuläre Degeneration ist aber wohl kein Zweifel. Encephalitis epidemica und Lues lassen sich nach dem histologischen und serologischen Bilde wohl mit aller Sicherheit ausschließen. Die Gliaveränderungen sprechen aber trotz Fehlen mancher typischer Befunde durchaus für hepato-lentikuläre Degeneration. Nur scheint es sich um einen Fall zu handeln, der noch nicht sehr fortgeschritten ist. Daher treten sowohl die Einschmelzungen und Lückenbildungen, als auch die Zellausfälle und die mesodermalen Veränderungen im histologischen Bilde durchaus zurück. Die Verteilung der Befunde ist freilich insofern eigenartig, als die schwersten spezifischen Gliaveränderungen im Putamen, die schwersten Ganglienzellveränderungen aber in den Oliven gefunden werden.

Bis zum Erscheinen der Arbeit von *Lüthy* machte mir das Verhalten des Eisens im Turnbullpräparat einige Schwierigkeiten.

Im Gebiet des Pallidums zeigte sich eine Störung des Eisenstoffwechsels, über deren Vorkommen bei hepatolentikulärer Degeneration zum mindesten keine Klarheit zu herrschen schien.

Die Verteilung der Eisenkörnchen war weniger gleichmäßig als in

[1]) Eine solche findet sich in der eben während der schriftlichen Abfassung der Beobachtungsergebnisse veröffentlichten Arbeit von *F. Lüthy*. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 123. Bd. 3/4 Heft.

Digitized by Google

der Norm, mehr fleckig und stellenweise geradezu zusammengeballt, ohne daß an den betreffenden Stellen irgendeine morphologische Besonderheit hervortrat. Die Eisenkörnchen waren in den verschiedensten Formen der Gliazellen nachweisbar, nicht selten konnte man an ihrer Verteilung sowohl die kennzeichnenden Formen der Makro- und der Hortegaglia erkennen. Sie lagen aber auch ohne erkennbare Beziehung zu Zellkernen scheinbar frei im Gewebe. An anderen Stellen waren die Gefäßwandzellen damit ganz vollgestopft. Der auffallendste Befund aber war, daß die meisten Pallidumganglienzellen Eisen in histochemisch nachweisbarer Form enthielten, und zwar teils spärlich, rings um den Kern angeordnet, teils dicht gedrängt und den Zelleib ganz ausfüllend. Nach Form und Kernbeschaffenheit zeigten die Pallidumzellen keinerlei Besonderheiten, obwohl mit den verschiedensten Methoden danach gefahndet wurde.

Alle übrigen Hirngegenden waren eisenfrei mit Ausnahme des üblichen Eisengehalts der Substantia nigra. Hier konnten keine Veränderungen im Turnbullpräparat nachgewiesen werden.

Bei *Lüthy* finde ich nun die Bemerkung, daß in einem Viertel der Pallidumzellen Eisen nachweisbar war. Da *Lüthy*s Fall durch das Zusammentreffen von Fleischerschem Hornhautring und grobknotiger Leberschrumpfung sowie durch den Nachweis Alzheimerscher Riesengliazellen einwandfrei als hepatolentikuläre Degeneration erwiesen ist, bildet der Eisenbefund im Falle *Winkler* keinen Gegengrund mehr gegen die Annahme der Diagnose hepatolentikuläre Degeneration.

Schon dies ist dabei von Interesse, daß der gleiche Befund erhoben werden konnte bei einem verhältnismäßig kurzen Krankheitsverlauf wie bei jahrzehntelanger Dauer (Fall *Lüthy*), und daß in unserem Fall der Eisengehalt der Pallidumzellen erheblicher ist als im Falle *Lüthy*s. Eine Beziehung zum Grade der Erkrankung ist aber doch vielleicht aufzudecken. *Lüthy*s Fall verlief ausgesprochen gutartig. Der unsere zeigt zwar in den epileptiformen Anfällen einen stürmischeren Verlauf an, ist aber doch interkurrent zu Grunde gegangen, und die Erscheinungen von seiten der Stammganglien traten im Bilde völlig zurück. Es ist vielleicht damit zu rechnen, daß hier im großen und ganzen der Prozeß in den Stammganglien verhältnismäßig geringgradig war oder verhältnismäßig schleichend verlief, und daß gerade in diesem Falle die Bedingungen zur Eisenablagerung in den Pallidumzellen gegeben sind. Das ist gewiß eine Vermutung, deren Nachprüfung erst an Hand weiterer Fälle möglich ist. Sollte sie nicht zutreffen, so wäre es allerdings schwer zu verstehen, warum sowohl bei schleichenden als bei stürmischen Erkrankungsformen bald Eisen nachweisbar ist, bald nicht.

Woher kommt dies Eisen? Die Störung in der Lagerung des gewöhnlichen Pallidumeisens weist auf Stoffwechselstörungen hin, welche die morphologisch nachweisbare Gliaveränderung

Digitized by Google

begleiten, bzw. in der morphologischen Veränderung der Glia ebenso ihren Ausdruck finden wie in der Störung des sichtbaren Eisengehaltes. Vielleicht handelt es sich um eine Abwanderung des Pallidumeisens aus dem Gehirn im Rahmen einer allgemeinen Störung des Metallsalzstoffwechsels. Für die Annahme einer solchen liegen ja mancherlei Anzeichen vor. Das Nähere findet sich in der Arbeit von *Lüthy* und braucht hier nicht referiert zu werden.

Sollte dies zutreffen, so würde sich der Eisenbefund in den Pallidumzellen am zwanglosesten dadurch erklären lassen, daß man eine Mobilisierung des maskierten Zelleisens in den Ganglienzellen annimmt. Die allmähliche Anreicherung des Eisens in der Zelle würde durch die Annahme erklärbar sein, daß nur die zugrundegehende Zelle für das Eisen durchlässig wird, die nur wenig geschädigte aber nicht. Dann würde sich umso mehr Eisen anreichern, je weniger die Ganglienzellen sich am Prozeß beteiligen, während andererseits die Mobilisierung des Eisens umso heftiger sein würde, je stärker die allgemeine Stoffwechselstörung sich auf die Glia auswirkt.

Ich bin mir dessen wohl bewußt, daß solche Erörterungen über den Wert von Vermutungen nicht hinauskommen. Hätte man die begründete Erwartung, genügend oft derartige Fälle histologisch untersuchen zu können, so wäre es nicht nötig, sie vor genauer Prüfung an vielen Fällen zu veröffentlichen. Da aber für gewöhnlich nur wenige Fälle zur Kenntnis des gleichen Beobachters gelangen, müssen selbst nicht ausreichend begründete Vermutungen zu allgemeiner Prüfung vorgelegt werden. Die genauere Beachtung des Eisenverhaltens bei hepatolentikulärer Degeneration scheint mir deshalb nötig, nötig aber auch im Hinblick auf die Fragen der Pathogenese des Leidens überhaupt.

Nur kurz möchte ich hinweisen auf die Übergänge, die in meinem Falle zwischen kleineren Gliakernen mit Membranfalten über kleinere gelappte Kerne bis zu den ausgesprochenen Alzheimerschen Riesengangliazellen bestanden, sowie darauf, daß die Hortega- und Oligodendroglia neben diesen Zellen deutlich hervortrat. Das spricht sehr für die von anderer Seite geäußerte Vermutung, daß die Alzheimerschen Zellen aus der Makroglia hervorgehen. Die Zwischenformen zwischen Opalskischen Zellen und solchen Zellen mit vergrößerten hellen Kernen, aber färberisch verändertem Zellplasma sprechen dafür, daß die Opalskizellen eine andere Endform der gleichen Allgemeinschädigung darstellen, die sich in den Alzheimerzellen dokumentiert.

Klinisch wesentlich ist die Tatsache, daß die typischen

Digitized by Google

Zeichen des hepatolentikulären Syndroms gegenüber einer unspezifischen psychischen Veränderung vollkommen zurücktreten können. Es ist daher auch schwer, den Fall in das Lüthysche Verlaufsschema einzureihen. An sich sind gleichartige psychische Veränderungen bei Pseudosklerose schon öfter beobachtet worden, ebenso Anfälle. Die Anfälle werden freilich meist anders beschrieben. Ob die eigentümliche Form der Anfälle darauf zurückgeführt werden darf, daß sich in unserem Falle die unteren Oliven besonders am Prozeß beteiligen, muß dahingestellt bleiben. Auch die auffallende stärkere Erkrankung der linken Körperhälfte konnte anatomisch nicht erklärt werden.

So mag denn der Fall lediglich als ein Beispiel der Spielbreite der klinischen Erscheinungsbilder hepatolentikulärer Degeneration mitgeteilt werden, dessen befriedigende Einordnung erst bei weiteren neuen Erfahrungen gelingen wird.

Digitized by Google

Aus dem Stadtkrankenhaus Löbtauer Straße (Klinik für chronisch körperlich und Nervenkranke, Dir. Prof. Dr. *Schob*) und dem pathologisch-anatomischen Institut des Stadtkrankenhauses Friedrichstadt (Dir. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Schmorl*), Dresden.

Alzheimersche Krankheit kombiniert mit Simmondscher Erkrankung (Hypophysärer Kachexie).

Von

Prof. Dr. **Schob** und Oberarzt Dr. **Güntz.**

Mit 3 Abb. auf 1 Tafel.

Wie *Grünthal* in seiner zusammenfassenden Darstellung hervorhebt, liegen überhaupt noch wenig eingehende Sektionsberichte über körperliche Veränderungen bei Alzheimerscher Erkrankung vor; auf der anderen Seite weisen erst neuerdings wieder *Herz* und *Fünfgeld* darauf hin, daß die Ätiologie der Alzheimerschen Erkrankung noch recht wenig geklärt sei. Bei dieser Sachlage verdient die Mitteilung eines Falles, bei dem Alzheimersche Erkrankung und Simmondsche Krankheit (hypophysäre Kachexie) gleichzeitig vorhanden gewesen sind, immerhin größeres Interesse.

Krankengeschichte: L., Adele geb. St.

Vorgeschichte: (Nach Angaben des Ehemanns und Aufzeichnungen, für deren Überlassung wir dem einweisenden Arzt, Herrn Dr. *Sacki*, Facharzt für innere Krankheiten zu Dank verpflichtet sind.) Keine erbliche Belastung. Patientin war immer etwas schwächlich, aber nicht eigentlich krank. Mehrfach Aborte, angeblich wegen Senkung der Unterleibsorgane; im Anschluß an einen Abortus vor 30 Jahren einmal längere Zeit bettlägerig. Vor 20 Jahren einmal Verdacht auf Tuberkulose. Beginn der jetzigen Erkrankung mit Mangel an Appetit, Diarrhoen, Gewichtsabnahme. 1927 wegen Magengeschwürs bez. Verdacht auf Magenkrebs in Bad Elster in einem Sanatorium behandelt. Eine danach in Dresden vorgenommene Untersuchung mittels Röntgenaufnahmen fiel negativ aus. Auftreten von Schwächeanfällen, Patientin fiel mehrfach um und war bewußtlos. In einem solchen Anfall 1928 Bruch des linken Oberarms. Von da ab ist auch eine Abnahme der Intelligenz beobachtet worden. Von da ab auch psychische Veränderungen. Die Patientin beschäftigte sich sehr viel mit ihren Geldverlusten während der Inflation und war deshalb oft in depressiver Stimmung. Das Gedächtnis wurde auffallend schlecht; vor allem merkte sie sich neue Ereignisse nicht mehr, während sie über die frühere Vergangenheit noch gut Bescheid wußte. Im Laufe der Zeit hat sich der Geisteszustand zunehmend verschlechtert und

Digitized by Google

auch körperlich ist sie, wohl infolge mangelhafter Nahrungsaufnahme, immer mehr zurückgegangen. Seit Beginn der Krankheit hat sie in etwa $2^1/_2$ Jahren ca. 20 bis 30 Pfund abgenommen. Weiterhin klagte die Patientin viel über Kopfschmerzen und Schmerzen in der Mitte und auf der linken Seite des Leibes. Sie kam deshalb längere Zeit in Behandlung eines Magenspezialisten, der erklärt hat, der Magen sei »langgezogen« und »das römische S« sei nicht in Ordnung. Sie hat damals oft Abführmittel einnehmen müssen, aber der Stuhl hat nichts Abnormes geboten. Die Schmerzen traten meist einige Stunden nach der Nahrungsaufnahme auf. Im äußeren Verhalten ist sie immer ruhig gewesen, war aber »niedergeschlagen«, doch hat sie nie Selbstmordideen geäußert. Häufig war sie etwas unklar, scheint auch halluziniert zu haben; glaubte einmal, es seien Kinder im Zimmer. Mit der Zeit wurde die Gedächtnisschwäche immer schlimmer. Wenn man ihr etwas sagte, hatte sie es im nächsten Augenblick vergessen. Man mußte ihr schließlich alles zeigen und sagen, was sie tun sollte. Beim Essen beschmutzte sie sich oft, weswegen sie der Ehemann gefüttert hat. Dagegen ist sie nie unsauber mit Urin und Stuhl gewesen, mußte aber zur Verrichtung ihrer Notdurft angehalten werden. Bei der Übernahme der Behandlung durch Herrn Dr. *Sacki* im August 1929 klagte die Patientin über Brechreiz, Schwindel und »Krämpfe« in den Füßen. Eine genaue körperliche Untersuchung ergab keinen krankhaften Befund. Magen, Stuhluntersuchung, Blutbild, Blutdruck, Fußpulse, Reflexe waren in Ordnung. Bei der Unterhaltung fiel sie durch Mangel an Ausdrucksbewegungen und monotone Sprache auf. Öfters sprach sie damals von Geldverlusten, äußerte, man müsse vielleicht verhungern, der Verdienst reiche nicht mehr aus. Die Intelligenz erschien geschwächt. Bei einer Konsultation im September konnte der eine von uns (Dr. *Schob*) eine starke Abnahme der Merkfähigkeit verbunden mit starker psychischer Abstumpfung feststellen. Im Anschluß an diese Untersuchung wurde die Patientin am 12. 9. 29 zur Beobachtung in das Krankenhaus Löbtauer Straße eingewiesen.

Befund und Verlauf: Magere, blasse Frau in dürftigem Ernährungszustand. Geringes Fettpolster, sehr dürftige Muskulatur, Haut nicht trokken, sondern von normaler Elastizität, keine Ödeme. Zunge stark belegt. Deutliche Druckempfindlichkeit zwischen Nabel und processus xiphoideus, von einem Tumor nichts fühlbar. Auch die Rektaluntersuchung ergibt nichts Pathologisches. Puls regelmäßig, sehr weich; Arteria radialis weich, überhaupt keine Sklerose der fühlbaren Arterien.

Röntgenuntersuchung: Magen sehr atonisch, unterer Pol handbreit unter der Crista iliaca (Gastroptose), Colon descendens stark durch Luft aufgebläht.

Nervensystem: Pupillen gleichweit, Reaktion normal, Motilität, Sehnen- und Hautreflexe und Sensibilität — soweit diese prüfbar war — ohne pathologische Veränderung. Psychisch: teilnahmslos, örtlich und zeitlich, sowie über die Ereignisse der letzten Zeit ganz desorientiert, kann selbst ihr Geburtsjahr und ihr Alter nicht angeben. Schwer fixierbar. Keine Sprachstörungen. Nimmt sehr wenig Nahrung zu sich, ißt sehr langsam.

Mit Rücksicht auf die starke Kachexie wurde zuerst an einen malignen Tumor mit Hirnmetastasen gedacht. Der Augenhintergrund erwies sich aber als normal.

Lumbalpunktion: Druck 180 mm, sämtliche Reaktionen negativ, wie auch die vorher vorgenommene Blutuntersuchung auf Wassermann negativ

Digitized by Google

ausgefallen war. Blutbild: keine auffälligen Veränderungen. Hämoglobin nach Sahli 76.

In den nächsten Wochen war die Nahrungsaufnahme sehr mangelhaft; regelmäßig nach der Nahrungsaufnahme klagte die Patientin über Schmerzen im Leib links oben. Später traten diese Beschwerden zurück, und der körperliche Zustand zeigte eine starke Besserung. In geistiger Hinsicht dagegen ging sie ständig weiter zurück. Bisweilen leichte delirante Beschäftigungsunruhe (Zupfen an Bettdecke usw.).

15. 3. 30 findet sich folgender Vermerk: Ist geistig und körperlich immer mehr zurückgegangen, keine Klagen mehr über Schmerzen im Leib. Versteifung der rechten Schulter (Arthritis?). Sehr stumpf und teilnahmlos. Versteht offenbar nicht alles, was ihr gesagt wird; z. T. ganz sinnlose Äußerungen mit einigen Paraphasien und verkehrter Satzbildung. Objektbezeichnung ganz mangelhaft, erkennt offenbar oft auch ganz einfache Gegenstände nicht, greift daneben, wenn sie diese in die Hand nehmen soll. Man hat den Eindruck, daß es sich nicht bloß um eine allgemeine Verblödung handelt, sondern daß auch aphasische, agnotische, apraktische Störungen mit im Spiel sind.

5. 4. 30. Ungeheilt auf Wunsch der Angehörigen entlassen.

Das Körpergewicht war von 46 kg bei der Aufnahme ständig — mit Ausnahme einer vorübergehenden Besserung Ende Oktober 1929 — auf 43 kg bei der Entlassung heruntergegangen.

Wiederaufnahme am 29. 4. 31.

Wie der Ehemann angab, war die Patientin nach der Entlassung weiter stumpf, sprach mitunter verworrenes Zeug vor sich hin, erkannte nur ihren Mann, während sie alle anderen Personen ihrer Umgebung mit »Tante« anredete. Meinte oft, ihre Kinder müßten verhungern, mußte vollständig gefüttert werden. Der rechte Arm war schwächer geworden. Tagsüber konnte sie noch etwas auf dem Lehnstuhl sitzen, sonst war sie bettlägerig.

Befund: Schaut verständnislos auf, wenn man sich ihr nähert, spricht meist verworren mit Satzverstümmelung vor sich hin, befolgt keinerlei Aufforderungen, sucht nur einige Male die Zunge vorzustrecken. Auf Fragen keine Regung oder Antwort. Hält den Kopf meist stark gebeugt und an den Körper angezogen; liegt steif auf dem Rücken. Arme werden nur gelegentlich etwas gestreckt, Beine in Streckstellung. Auch jetzt keine pathologischen Haut- oder Sehnenreflexe.

Schilddrüse nicht sicher zu fühlen. Puls inäqual. Blutdruck 150 nach *Neubauer*. Nirgends im Leib eine abnorme Resistenz. Außerordentlich kachektischer Gesamteindruck; Gewicht seit der Entlassung auf 32,8 kg gesunken.

Befund am 21. 7. 31. Kopf und Rumpf leicht vornübergebeugt gehalten; Kopf ständig etwas nach rechts. Bei Versuchen den Kopf passiv zu beugen geht der Körper mit, ohne daß irgendwelche Schmerzäußerungen laut werden. Rechte Pupille nicht ganz rund, etwas weiter als die linke; beide reagieren prompt auf L. und A. Cornealreflex beiderseits vorhanden. Keine Lähmungserscheinungen in der Gesichtsmuskulatur. Gaumen symmetrisch. Zunge zittert leicht. Rechter Arm stark abgemagert, starke Kontrakturen, passiv im Schultergelenk nur ganz wenig beweglich (alte Arthritis?). Unterarm im Ellenbogengelenk spitzwinklig gebeugt, passiv nur bis zum rechten Winkel zu strecken. Handgelenk steht gerade, Beugung wie Streckung nur

Digitized by Google

in ganz geringem Umfange möglich. Finger dagegen passiv relativ gut beweglich. Sehnen- und Periostreflexe auslösbar.

Linker Arm stark rigid, aber bei weitem nicht so starke Fixation wie rechts, am stärksten auch hier im Schultergelenk, distal abnehmend. Sehnen- und Periostreflexe wie rechts.

Bauchdeckenreflexe nicht sicher auslösbar, schlaffe Bauchdecken. Untere Extremitäten ebenfalls stark rigid, namentlich Adduktoren; leichte Beugekontrakturen. Kein Babinski, kein Rossolimo.

Psychisch: Liegt ohne Anteilnahme an ihrer Umgebung zu zeigen stumpf im Bett; bisweilen spricht sie unverständlich vor sich hin, offenbar nur Brocken von Redewendungen. Wenn man sie anspricht, ist ihre Aufmerksamkeit nur für wenige Momente zu erregen. Meist bewegt sie nur den Kopf, Lippen oder Hände etwas; ganz selten kommt ein mehr oder weniger verstümmelter Satzbrocken. So antwortet sie auf die wiederholt an sie gestellte Frage: »Wie geht es?« »Da bleib ich eben!« In den nächsten Wochen nimmt die Kachexie stark zu.

30. 10. 31 Exitus letalis. Sektionsprotokoll (Dr. *Güntz*):

Die am 31. 10. 31 vorgenommene Sektion (652/31 H. u. P.) ergab folgendes: Körperbau: mittelgroß, in enorm reduziertem Ernährungszustand. Haut: sehr schuppig, trocken, grau. Decubitalgeschwüre an den verschiedensten Körperstellen, Fehlen von Scham- und Achselhaaren, keine Brüste. Fettgewebe außerordentlich spärlich, Muskulatur sehr dürftig entwickelt, gelblich-grau gefärbt, totenstarr. Dichtes Haupthaar. Herz (160 g) zeigt keine wesentlichen Veränderungen, in den Lungen vereinzelte Bronchopneumonieen im rechten Unterlappen, geringe Bronchitis und mäßiges Emphysem der übrigen Lungenabschnitte. Fehlen sämtlicher Zähne. Alte käsige Tuberkulose in den Halslymphknoten. An den Organen der Bauchhöhle keine wesentlichen Veränderungen. Die Milz wiegt nur 80 g, die Nieren 80 bzw. 85 g. Leber (800 g) mit etwas feingehöckerter Schnittfläche (Stauungszirrhose mäßigen Grades). Am Knochensystem außer mäßiger Osteoporose keine wesentlichen Veränderungen, geringe Arthritis deformans im Kniegelenk; leicht versteifte Kyphose der Brustwirbelsäule mit Spondylitis deformans.

Die Hypophyse ist außerordentlich klein, tief in die Sella eingesunken. Beim Herausnehmen zerreißt sie in kleine Stückchen, wird daher gleich in Formalin fixiert. Die Schnittfläche erscheint grau-gelblich. Die Zirbeldrüse ist klein, von normaler Beschaffenheit. Die Schilddrüse jederseits etwa erdnußgroß mit gleichförmig bräunlich-roter Schnittfläche. Die Epithelkörperchen normal gelegen, vom Thymusgewebe nichts mehr nachweisbar. Nebennieren mittelgroß, mäßig breit und mit normal breiter, deutlich gelb gefärbter Rinde. Die Markschicht ist schmal und grau. Die Ovarien sind sehr klein, derb mit höckeriger Oberfläche und gelblicher Schnittfläche.

Mikroskopische Untersuchung.

Hypophyse: Das spärlich vorhandene Vorderlappengewebe besteht aus sehr breiten und reichlichen, kernarmen Bindegewebszügen, zwischen denen sich Inseln und Züge von Parenchymzellen befinden. Diese bestehen zum größten Teil aus meist sehr blassen eosinophilen Zellen mit undeutlicher Granulierung, Hauptzellen sind nur spärlich anzutreffen. Dagegen findet sich, nicht ganz

Digitized by Google

scharf abgegrenzt, ein kleiner umschriebener Bezirk, in dem sich wieder zwischen weitmaschigem Bindegewebe nur Zellen befinden, die den Hauptzellen ähneln, aber bei dichtstehenden Kernen nur wenig Protoplasma zeigen. Ganz vereinzelte eosinophile Zellen sind auch hier vorhanden. Die Neurohypophyse zeigt normalen Aufbau. Einzelne Kolloidzysten im Mittellappen. In dem umgebenden Bindegewebe noch vereinzelte kleine Herde von Vorderlappensubstanz. (Abb. 1.)

Die Zirbeldrüse zeigt breite Bindegewebssepten mit weitmaschiger Anordnung der Zellen.

Schilddrüse: Reichliche, ziemlich gleichmäßig gebaute kleine Kolloidzysten, das dazwischenliegende reichlich entwickelte Bindegewebe enthält zahlreiche Lymphozytenanhäufungen. Mäßige Hyperämie. Epithelkörperchen sehr klein, in Fettgewebe eingebettet, die eosinophilen Zellen ziemlich klein.

Nebenniere: Normaler Aufbau der Rindenzellen, lipoidreich. Im Markgewebe bei Müller-Formalin fixierten Stücken chromaphine Zellen vorhanden, sehr starke Blutfüllung der Gefäße.

Ovar: Sehr starke Altersatrophie.

Herzmuskel: Zeigt mäßige Verfettung des Muskelfasern in der Umgebung der Kerne, feinkörnig.

Muskulatur (Lendengegend) (nicht aus der Umgebung des Dekubitus!): Die Muskelfasern sind sehr verschieden breit und färben sich mit Eosin sehr ungleich. Die dünneren und mittelbreiten Fasern zeigen deutliche Querstreifung. Einige sind aber aufgehellt und unregelmäßig geschlängelt. In vielen Fasern, besonders in den breiten, ist die Querstreifung nicht erkennbar, sie sehen trüb aus und bei starker Vergrößerung erkennt man feine Körnchen und Schollen; zuweilen ist eine ganz feine Längsstreifung erkennbar. Teilweise sind die Muskelfasern vermehrt und liegen zu zweien oder dreien eng zusammen. Zwischen den Muskelfasern sind breite Züge eines mäßig kernreichen Bindegewebes gelegen. Man hat den Eindruck, daß dieses die Stellen ausgefallener Muskelfasern füllt und nicht ein entzündliches Narbengewebe ist. Bei Sudanfärbung zeigt sich ausgesprochen feinkörnige Verfettung der Muskelfasern, die sehr ungleich angeordnet ist. Die mittelbreiten Fasern mit gut erhaltener Querstreifung sind fast frei von Fett, die übrigen sind z. T. sehr stark verfettet (Abb. 2).

Kurz zusammengefaßt handelt es sich um folgendes: Eine 64jährige Frau erkrankte $2^1/_2$ Jahre vor ihrem Tode an zunehmender Schwäche, stärkster Gewichtsabnahme und zunehmendem geistigen Verfall, der sich schließlich zu einer völligen Demenz ausbildete. Das Körpergewicht geht bis unter 32 kg hinab. Unter stärkstem körperlichen und geistigen Verfall erlöschen schließlich

Digitized by Google

sämtliche Lebensfunktionen. Scham- und Achselhaare fehlen, ebenso die Zähne. Die inneren Organe sind sämtlich außerordentlich klein.

Die Hypophyse zeigt schwere Veränderungen. Während bei der mikroskopischen Untersuchung Hinter- und Mittellappen keine Veränderungen aufweisen, ist das Vorderlappengewebe nur noch in spärlichen Resten vorhanden. Diese Reste sind außerdem noch verändert. Etwa die Hälfte besteht aus Bindegewebszügen, zwischen denen sich die Hypophysenzellen, meist Eosinophile, finden. Diese eosinophilen Zellen sind teilweise außerordentlich blaß und ihre Granulierung ist verwachsen. Ein kleiner bindegewebsreicher Herd beherbergt fast nur kleine Zellen, welche den Hauptzellen ähneln.

Im Jahre 1914 wurde von *Simmonds* ein als »hypophysäre Kachexie« bezeichnetes Krankheitsbild mit charakteristischen Symptomen beschrieben. Zunehmende Schwäche, hochgradige Abmagerung, allgemeine Atrophie sämtlicher Organe, Schwinden der Scham- und Achselhaare, trockene, welke Haut, Verlust der Menses und ein schnelles Altern sind die Haupterscheinungen dieser Krankheit. Im Vordergrund stehen sehr häufig zerebrale Erscheinungen: zunehmende Demenz, Apathie, Coma, Bewußtlosigkeit oder Krämpfe, wegen denen die Kranken oft erst der ärztlichen Behandlung zugeführt werden.

Meist sind Frauen im mittleren Alter betroffen. Die Ursache liegt in einem Schwund des Hypophysenvorderlappens, sei es durch Tumor, Tuberkulose, Lues oder — wohl die klassische und häufigste Ursache — durch einen embolischen Prozeß im Anschluß an eine schwere Geburt (*Simmonds*).

Bei unserer Kranken handelt es sich also zweifellos um eine solche hypophysäre Kachexie mit hochgradiger Atrophie des Hypophysenvorderlappens.

Das restliche Drüsengewebe hat nicht mehr ausgereicht, um eine einigermaßen auskömmliche Funktion zu erfüllen. Was die Ursache dieser Atrophie ist, wird sich nicht mehr entscheiden lassen. Regelrechte Geburten hat die Kranke nicht durchgemacht, lediglich scheint sie im Anschluß an einen Abort vor 30 Jahren längere Zeit krank gewesen zu sein. In der Zwischenzeit hat sich aber nichts gezeigt, was für eine beginnende Hypophysenerkrankung hätte sprechen können. Bei den im Schrifttum mitgeteilten Fällen ist fast stets berichtet, daß im Anschluß an den betreffenden auslösenden Vorgang (Geburt) eine gewisse Schwäche und Hinfälligkeit aufgetreten ist, wenn sich auch erst später die hypophysäre Kachexie deutlich ausgebildet hat. Wenn die Kachexie sich hier nicht unmittelbar nach dem Abortus entwickelt hat, so ist damit natürlich kein Gegenbeweis geliefert, daß doch kleine

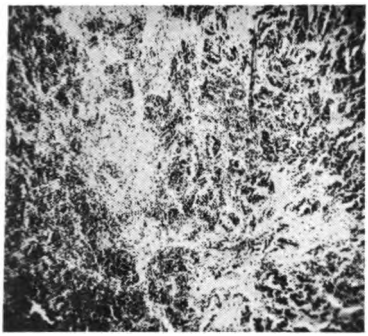
Digitized by Google

embolische Veränderungen damals sich ereignet haben, die aber noch zu keinem Funktionsausfall geführt haben. Eine Syphilis hat sich nirgends nachweisen lassen, Blut- und Liquoruntersuchungen bei Lebzeiten sind negativ ausgefallen. Eine Tuberkulose hat die Kranke zweifellos durchgemacht. In den Halslymphknoten sind verkäsende Herde vorhanden. Aber im Hirnanhang selbst ist nichts da, was für eine bestehende oder abgelaufene Tuberkulose sprechen könnte. Das Bindegewebe ist außerordentlich zart, ziemlich kernarm und hat nicht den Charakter eines Narbengewebes, so daß auch andere entzündlichen Ursachen mit größter Wahrscheinlichkeit abzulehnen sind. Für Kreislauferscheinungen auf arteriosklerotischer Basis fehlt jeder Anhalt. Bei der einfachen senilen Atrophie finden wir ein verbreitertes kernarmes Interstitium und Abnahme und Verkleinerung der eosinophilen Zellen mit teilweisem Verlust ihrer Granulierung, aber ein so hochgradiger Schwund fast des ganzen Vorderlappens ist nicht beobachtet worden. Es liegt daher die Vermutung nahe, daß sich doch schon in früherer Zeit ein (vielleicht embolischer) Ausfall eines großen Teiles der Hypophyse ereignet hat, und daß nun bei Hinzutreten anderweiter (seniler) Involutionsvorgänge ein Versagen der Drüsenfunktion des spärlichen Restgewebes eingetreten ist. Eine allgemeine Faltasche Blutdrüsensklerose liegt nicht vor. Bis auf geringe Veränderungen in der Schilddrüse und eine unbedeutende Atrophie der Epithelkörperchen sind die übrigen endokrinen Organe normal.

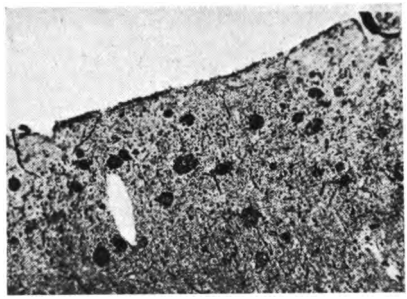
Bemerkenswert sind Veränderungen an der Körpermuskulatur. Hier bestehen hochgradige hyaline und fettige Degenerationen mit einer Atrophie der Muskelfasern und Ersatz der ausgefallenen Teile durch Bindegewebe. Über Untersuchungen der Körpermuskulatur bei hypophysärer Kachexie ist in dem uns zur Verfügung stehenden Schrifttum nichts berichtet. Eine einfache Atrophie, wie sie ja alle anderen Organe aufweisen, besteht nicht. Es handelt sich vielmehr um Veränderungen, wie wir sie sonst bei Infektionskrankheiten, Intoxikationen aller Art, aber auch bei Anstrengung und mangelhafter Ernährung finden. Man könnte daher geneigt sein, anzunehmen, daß durch Ausfall des Vorderlappenhormons eine toxische Schädigung der Muskulatur eingetreten ist. Die starke allgemeine Schwäche, welche schon frühzeitig und oft als erstes Symptom die Kranken befällt, ist wahrscheinlich der erste Ausdruck dieser toxischen Muskelschädigung.

Die klinische Diagnosestellung ging einen anderen Weg. Das ganze Krankheitsbild wurde von den hochgradigen zerebralen Erscheinungen bestimmt. Anfänglich ist unter dem Einfluß des Verdachtes auf malignen Tumor im Leib an Metastasenbildung im Gehirn gedacht worden. Später an einen diffusen

Digitized by Google

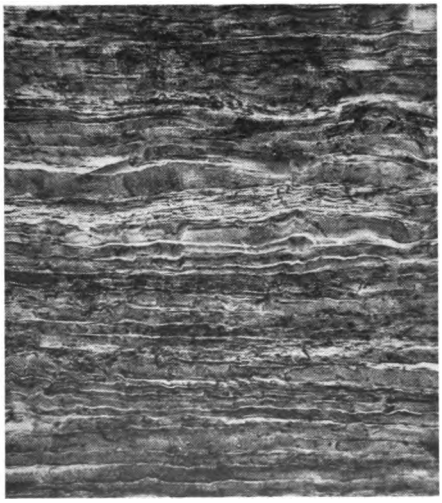


1



3

Abb. 1. Hypophyse. (Haem.-Eosinfärb.) Kernarmes Bindegewebe beherrscht das Bild, dazwischen liegen nur spärliche Reste von Drüsenzellen. In den Randbezirken sind sie etwas dichter. — Abb. 3. Massenhafte Drusen in der Gehirnrinde. Bielschowsky-Färbung.



2

Abb. 2. Lendenmuskulatur. (Haem.-Eosinfärb.) Muskelfasern ungleich. Querstreifung nur noch einzeln erkennbar. Breite hyalin degenerierte und schmale atrophische Fasern in buntem Wechsel. Einzelne Fasern geschwunden und durch Bindegewebe ersetzt.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 97, Tafel 4.
Zu „Prof. Dr. Schob und Oberarzt Dr. Güntz, Alzheimersche Krankheit".

Digitized by Google

Digitized by Google

atrophischen Prozeß der Rinde, wobei allerdings offengelassen worden ist, ob es sich um eine Alzheimersche Erkrankung oder eine Picksche Atrophie handele. Wenn die Diagnose nicht eindeutig auf Alzheimersche Erkrankung gestellt worden ist, so ist dafür der Umstand maßgebend gewesen, daß der sprachliche Verfall im Anfang wenig hervorgetreten ist. Wenn wir aber rückblickend die wesentlichen Symptome nochmals betrachten: »schwere Gedächtnisstörung, zeitweise auftretende Zustände von Bewußtlosigkeit, leichter deliranter Beschäftigungsdrang, leichte paraphasische und apraktische Störungen, fortschreitende Verblödung, fortschreitenden Zerfall der Sprache«, wenn wir weiter den Beginn im präsenilen Alter, den Verlauf über mehrere Jahre hin berücksichtigen, so ist es schon auf Grund des klinischen Bildes berechtigt, den Fall zur Alzheimerschen Krankheit zu rechnen.

Die Sektion hat ergeben, daß bei Frau L. eine Simmondsche Kachexie vorgelegen hat. Diese Diagnose ist bei der klinischen Untersuchung nicht gestellt worden. Bei der Seltenheit des Krankheitsbildes ist dem allmählichen Schwund der Scham- und Achselhaare nicht genügende Beachtung geschenkt worden. Auch haben wir uns bei der Frage nach der Ursache der Kachexie bis zuletzt zu sehr von der anfänglich gestellten Diagnose »Maligner Tumor im Leib« beeinflussen lassen. Gerade aus dem letzteren Grunde möchten wir darauf hinweisen, daß nach *Zondek* die Kranken »häufig unter starken Schmerzattacken im Abdomen, die wohl als Darmspasmen zu deuten sind (Vagotonie), zu leiden haben«.

Die Untersuchung des Gehirns (Dr. *Schob*) ergab folgendes: Hirnhaut mit glatter Innenfläche, weiche Hirnhäute sehr zart, ganz wenig schleierhaft getrübt, leicht vom Gehirn abzuziehen. Gefäße an der Hirnbasis sehr zart. Gehirngewicht nur 960 g. Bild einer gleichmäßig über die gesamte Rinde verbreiteten allgemeinen Atrophie.

Der histologische Befund im Gehirn entspricht dem typischen Bild der Alzheimerschen Erkrankung. Über die ganze Rinde verstreut finden sich in großer Häufigkeit, daher stellenweise sehr dicht stehend, die sogenannten Drusen (Abb. 3). In der Rinde ubiquitär, sind sie in den zentralen Ganglien nur ganz vereinzelt nachweisbar, ebenso in den subthalamischen Kernen. Die Plaques sind von sehr verschiedener Größe, neben sehr kleinen finden sich relativ sehr große, letztere namentlich in den obersten Rindenschichten. Namentlich die kleineren und mittelgroßen Drusen zeigen sehr ausgeprägt einen zentralen amorphen, etwas metachromatisch gefärbten Kern, umgeben von einem sehr fädig gebauten Kranz, während andere, besonders die größten Plaques, im allgemeinen nur einen fädigen Charakter erkennen lassen. Viel-

Digitized by Google

fach sieht man in den Drusen, besonders in den Randpartien, die vielfach beschriebenen klumpigen, kolbigen und keulenförmigen Gebilde; auch findet man im Inneren, häufiger in den Randpartien, nicht selten Gliazellen oder Ganglienzellen, meist im Zustande fortgeschrittener Degeneration und Zerfall. Besonders häufig sieht man in den Drusen oder in ihrer nächsten Umgebung Hortegazellen, seltener — das ist besonders gut im Cajalpräparat zu erkennen — haben größere Faserbildner direkte Beziehungen zu Drusen.

Auch das zweite Merkmal der Alzheimerschen Erkrankung, die sogenannte Alzheimersche Fibrillenerkrankung, ist in ausgeprägtem Maße vorhanden. Namentlich die kleineren Zellen der oberen Pyramidenschichten zeigen die charakteristische Fibrillenveränderung in allen beschriebenen Abarten. Aber auch unter den größeren Elementen weisen Ganglienzellen oft Fibrillenverknäuelung und Verzopfung auf, so im lockeren Band des Ammonshorns.

In der Umgebung des Ammonshorns sind besonders die in Zellhaufen zusammenliegenden größeren Zellen der obersten Schicht befallen. Hier sind gesunde Zellen bisweilen überhaupt nicht mehr zu sehen. Gerade hier springen Bilder feiner Verzopfung und Verknäuelung besonders in die Augen; im allgemeinen sind die Zöpfe und Knäuel hier nicht so tiefschwarz gefärbt, wie in den kleineren Rindenzellen, sondern haben einen mehr braun-violetten Ton. Das scheint für die Zellelemente dieser Gegend charakteristisch zu sein, denn wir konnten das auch in anderen Fällen Alzheimerscher Krankheit nachweisen. In den tieferen Kernen haben wir die Fibrillenveränderungen kaum gesehen.

Abgesehen von Drusen und Alzheimerscher Fibrillenveränderung zeigt die Rinde noch andere Veränderungen, wie man sie sonst namentlich im senilen Gehirn feststellen kann: im Nißlbild besteht stellenweise eine gewisse Lichtung der Zellen, namentlich in den obersten Partien der III. Schicht (III a). Die Zellen weisen hier auch vielfach leichtere und schwerere Degenerationserscheinungen auf, in Form der wabigen Degeneration, vereinzelt auch unter der Gestalt der Zellsklerose bez. Pyknose.

Das Holzerbild läßt eine beträchtliche Randgliose und Vermehrung der Gliafaserung in den oberen und tiefsten Rindenschichten erkennen. Im Cajalbild finden sich durch die ganze Rinde hindurch zahlreiche größere Faserbildner, besonders häufig in den tiefsten Rindenlagen. Wenn schon das Nißlbild relativ häufige Stäbchenzellen erkennen läßt, so fallen diese im Hortegabild besonders in die Augen. Über gelegentliche Beziehungen der Hortegazellen zu den Drusen habe ich schon oben berichtet, aber diese Beziehungen sind nicht als gesetzmäßige zu bezeichnen, denn es finden sich auch zahlreiche Drusen ohne jede Beziehung zu

Digitized by Google

Hortegazellen. Im Fettbild sind reichlich Abbauprodukte in Form lipoider Pigmente in den Ganglien- und Gliazellen nachweisbar; auch die Gefäßwandzellen enthalten hier und da reichlich Lipoideinschlüsse. Auch die Drusen — das wird besonders deutlich bei Kombination von Bielschowskyfärbung und Fettfärbung — enthalten vielfach Abbaustoffe, bisweilen sind sie übersät von feinen rötlichen Kügelchen; vereinzelt findet man auch einmal eine Körnchenzelle in der Randzone einer Druse. Diese Veränderungen sind auch in den zentralen Ganglien sehr ausgeprägt vorhanden. Die Gefäße treten stellenweise infolge ihres Kernreichtums stärker hervor; schwerere fibröse Entartung ist nicht vorhanden. Gefäßknäuel fehlen.

Nach dem mikroskopischen Bild besteht kein Zweifel, daß es sich um einen Fall Alzheimerscher Erkrankung gehandelt hat.

Wir haben also im vorliegenden Falle die unseres Wissens bislang noch nicht beschriebene Kombination einer klinisch und anatomisch festgestellten Alzheimerschen Erkrankung und einer ebenfalls klinisch und anatomisch einwandfrei gekennzeichneten *Simmond*schen Kachexie vor uns.

Die Alzheimersche Krankheit wird von der Mehrzahl der Autoren als eine Abart der senilen Hirninvolution aufgefaßt. Andererseits sind bei zahlreichen endokrinen Störungen Veränderungen angetroffen worden, die an senile Veränderungen erinnern. Man hat vielfach das Altern überhaupt auf endokrine Veränderungen zurückzuführen gesucht (Literatur in *Rößle:* Wachstum und Altern). Bei dieser Sachlage drängt sich die Frage auf: stehen die beiden in unserem Falle festgestellten Erkrankungen, die Alzheimersche Krankheit und die Simmondsche Erkrankung, in einem gegenseitigen ursächlichen Abhängigkeitsverhältnis und in welchem?

Wenn wir zunächst auf Grund der Literatur versuchen ein Urteil über die mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit eines derartigen ursächlichen Zusammenhanges zu gewinnen, so müssen wir unsere Nachforschungen nach zwei Richtungen hin anstellen.

Auf der einen Seite ist klarzustellen, inwieweit bisher bei anatomisch verifizierten Fällen der Alzheimerschen Erkrankung im klinischen Bild Züge endokriner Störungen beobachtet worden sind, bzw. inwieweit bei solchen Fällen auch morphologische Veränderungen an den endokrinen Drüsen nachzuweisen waren, wobei allerdings berücksichtigt werden muß, daß bei normalem morphologischen Befund nicht ohne weiteres auf normale Funktion einer endokrinen Drüse geschlossen werden darf.

Die Ansicht, daß die Alzheimersche Erkrankung als eine auf inkretorisch-toxischer Basis entstehende, mit dem Klimakterium in Beziehung stehende schwere Erkrankung der Hirnrinde aufzufassen sei, ist in letzter Zeit am bestimmtesten von *Hilpert* aus-

Digitized by Google

gesprochen worden, nachdem schon früher *Kraepelin* und wohl auch andere Autoren sich in ähnlicher Weise geäußert haben.

Zum Beweis für diese Ansicht werden mit Vorliebe zwei Fälle und gewisse Ergebnisse experimenteller Untersuchungen angeführt.

Einmal hat eine Patientin Perusinis (Fall 3), deren Krankheit nach dem klinischen Bild, wie nach den anatomischen Befunden sicher als Alzheimersche Krankheit anzusprechen war, während des Lebens ein »etwas kretinenhaftes« Aussehen geboten. Die Nase war breit, der Nasenrücken eingesunken, das Gesicht stark gedunsen, die Behaarung spärlich, die Finger waren kurz und dick, an den Unterschenkeln bestand eine elephantiasisartige Hautverdickung. Leider sind in diesem einwandfrei der Alzheimerschen Krankheit zuzurechnenden Falle die Drüsen mit innerer Sekretion anscheinend anatomisch nicht näher untersucht worden.

Der zweite hierher gehörige Fall ist von *Schnitzler* beschrieben worden. Bei einer 35 jährigen Frau hatte sich in einem Zeitraum von ungefähr $3^1/_2$ Jahren ein langsam progressives Leiden entwickelt, dessen wichtigste Symptome in folgenden Erscheinungen bestanden: zeitweises Auftreten von Herdsymptomen, nämlich zeitweises Zurückbleiben des linken oberen Lides, vorübergehende Facialisparese rechts, vorübergehende Parese der Finger der linken Hand, bulbäre Erscheinungen, im übrigen schwere Apathie, während aphasische und apraktische Erscheinungen vollständig fehlten. Körperlich zeigte diese Patientin eine ausgesprochen myxoedemartige Veränderung der Haut und starke Zunahme des Körpergewichts. Bei der histologischen Untersuchung fand sich neben Randgliose, gleichmäßiger Atrophie der Rinde, Hypertrophie der Pia-Veränderungen — wie sie ja auch sonst bei senilen Prozessen in der Rinde gefunden werden — die Alzheimersche Fibrillenveränderung. Drusen dagegen fehlten vollkommen. Auch in diesem Falle scheinen die innersekretorischen Drüsen nicht näher untersucht worden zu sein.

Schnitzler selbst rechnet seinen Fall trotz Fehlen der Drusen zur Alzheimerschen Erkrankung, wenngleich er zugibt, daß es sich dabei wohl um einen atypischen Fall handle. Er führt dann weiter aus, es könne wohl sicher nicht als Zufall betrachtet werden, daß eine Krankheit (sc. Myxoedem), die öfter geradezu als präma-ture Senilität aufgefaßt werde, hier nosologisch die Vertretung der natürlichen Rückbildung übernommen habe, und faßt am Schluß seine Ansicht nochmals dahin zusammen: »In unserem Falle haben wir einen zweifellos primären thyreogenen Komplex vor uns, der sonst nur auf präsenilem Boden zu den beobachteten Veränderungen führte.«

Weiter ist auf die Arbeiten von *F. H. Lewy* hingewiesen wor-

Digitized by Google

den. Dieser Autor kommt auf Grund umfangreichen Literaturstudiums und auf Grund eigener experimenteller Untersuchungen, bei denen nach Entfernung der Schild- und Beischilddrüsen, besonders unter gleichzeitiger Abkühlung, Verdickung und Verklumpung der Ganglienzellfibrillen und Ablagerung silbergieriger Substanzen sowohl auf den veränderten Fibrillen als auch auf anderen Strukturen der Zelle, festgestellt wurden, zu einer Reihe von Schlußfolgerungen, aus denen wir folgendes hervorheben: »... weiter sehen wir Fibrillenveränderungen der Ganglienzellen, die denen der senilen Erkrankungen, so auch der Paralysis agitans eigentümlich sind, in ähnlicher, wenn auch nicht identischer Form einerseits im Winterschlaf auftreten, der mit einer Atrophie der Schilddrüse einhergeht, andererseits läßt sich durch Extirpation der Schilddrüse und der Epithelkörper oder durch gleichzeitige Kälteeinwirkung nicht nur eine Verdickung der Neurofibrillen wie im Winterschlaf erzeugen, sondern auch eine Argyrephilie, sowie die Ablagerung silbergieriger und scharlachfärbbarer Stoffe in verschiedenen Strukturen der Zelle... Da nun die Schilddrüse und die Nebenschilddrüsen tatsächlich im Alter atrophieren, so wäre damit vielleicht die Möglichkeit gegeben, einen Zusammenhang zwischen der Schilddrüsenfunktion und gewissen im Senium auftretenden Vorgängen im Gehirn anzunehmen.«

Man könnte vielleicht auch zugunsten einer endokrinen Ursache der Alzheimerschen Erkrankung auch darauf hinweisen, daß mehrfach ausgesprochene Kachexie in Fällen von Alzheimerscher Erkrankung ohne erkennbare Ursache nachgewiesen worden ist.

Nun lassen sich aber gegen diese Argumente Einwände erheben. Einmal ist — unserer Ansicht nach mit Recht — darauf hingewiesen worden, daß die Zugehörigkeit des Falles von *Schnitzler* zur Alzheimerschen Erkrankung durchaus strittig ist. In der Tat entspricht das klinische Bild der Erkrankung in Schnitzlers Fall durchaus nicht dem der Alzheimerschen Krankheit, und da Drusen völlig fehlen, so sind natürlich auch in anatomischer Hinsicht Zweifel gerechtfertigt. So interessant die Untersuchungen von *Lewy* sind, so ist bisher nicht erwiesen, daß die Fibrillenveränderungen bei Winterschlaftieren und die von *Lewy* selbst experimentell erzeugten Fibrillenveränderungen mit den echten Alzheimerschen Fibrillenveränderungen tatsächlich idensind (siehe auch *Jakob* l. c.). *Lewy* selbst spricht nicht von Identität, sondern nur von Ähnlichkeiten. Weiter weisen *Herz* und *Fünfgeld* darauf hin, daß für Drusen und Fibrillenveränderungen vielleicht gar nicht die gleiche Ursache verantwortlich zu machen sei, nachdem Fälle bekannt geworden seien, in denen nur die Fibrillenveränderungen, nicht aber Drusen aufzufinden waren (Fall *Schnitzler, Schaffer* u. a.). Ganz besonders muß aber hervorge-

Digitized by Google

hoben werden, daß nach den Ergebnissen der bisherigen, doch ziemlich ausgedehnten Untersuchungen bei Myxoedem und Kretinismus Fibrillenveränderungen und Drusen im Gehirn usw. bisher überhaupt nicht beschrieben worden sind.

Was endlich die mehrfach beobachtete schwere Kachexie bei Alzheimerscher Krankheit anlangt, so kann sie nicht als unbedingt zum Bild der Alzheimerschen Krankheit gehörig bezeichnet werden, denn sie findet sich durchaus nicht in allen Fällen. Außerdem besteht auch die Möglichkeit, daß Kachexie bei Alzheimerscher Erkrankung erst sekundär durch Mitbeteiligung der vegetativen Kerne am Krankheitsprozeß der Alzheimerschen Krankheit zustande kommt, wie das *Stief* in einem Fall von seniler Demenz mit Kachexie für wahrscheinlich hält. Genügende Untersuchungen in dieser Richtung liegen bisher nicht vor. Doch ist eine Bemerkung *Jakob*s besonders zu erwähnen. *Jakob* betont, daß er in den endokrinen Drüsen, insbesondere auch in der Hypophyse sowohl bei senilen Psychosen, als besonders auch bei schweren senilen Defektzuständen (Alzheimersche Krankheit) häufig keinerlei schwerere anatomisch greifbare Veränderungen nachweisen konnte. Er folgert daraus: »daß den Theorien, die zwischen bestimmten Hirnveränderungen nach tierexperimenteller Ausschaltung endokriner Drüsen und senilen Parenchymstörungen im menschlichen Gehirn gewisse Analogien aufzufinden glauben, in unseren (sc. *Jakob*s) Befunden an recht beweiskräftigem menschlichem Material keine Stütze erwächst. Der allgemeine senile Aufbrauch und Involutionsvorgang im menschlichen Gehirn wird mit dem Schlagwort einer pluriglandulären Insuffizienz keineswegs erschöpfend erklärt.«

Fassen wir nochmals zusammen, so kommen wir zu folgendem Resultat: Wenn einzelne klinische Beobachtungen (*Perusini*, *Schnitzler*), sowie gewisse Ergebnisse experimenteller Untersuchungen von Tieren im Winterschlaf einen gewissen Hinweis darauf geben, daß zwischen den Veränderungen des Gehirns bei Alzheimerscher Krankheit und Störungen endokriner Drüsen ein ursächlicher Zusammenhang bestehen könnte, so können zur Zeit gegen eine solche Annahme recht erhebliche Einwände vorgebracht werden. Soweit bis jetzt anatomische Befunde vorliegen, sprechen diese eher gegen einen solchen Zusammenhang, wobei freilich betont werden muß, daß diese Frage auf anatomischem Wege vielleicht überhaupt nicht zu lösen ist, da aus einem negativen anatomischen Befund — darauf hat schon *Jakob* hingewiesen — nicht ohne weiteres auf eine normale Funktion der endokrinen Drüsen geschlossen werden kann.

Untersuchen wir nun, was bei Simmondscher Kachexie über psychische Störungen und histologische Gehirnveränderungen be-

Digitized by Google

kannt ist. Nach *Bauer* sind bei der Simmondschen Kachexie regelmäßig psychische Störungen vorhanden. »Meist sind es eine allgemeine Trägheit, Apathie, Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses, mitunter aber auch halluzinatorische Verwirrtheitszustände, die das Bild der Simmondschen Kachexie vervollständigen.« Nach *Jakob* geht das Bild der Simmondschen Kachexie mit eigenartigen psychischen Veränderungen einher, »die sich vornehmlich in einer allgemeinen Apathie, in einem Versagen jeglicher geistiger Regsamkeit, in Somnolenz- und Verwirrtheitszuständen, in Schwindel-, Ohnmachts- und Krampfanfällen gewöhnlich äußern.« Eingehende psychiatrisch geführte Krankengeschichten über Fälle Simmondscher Kachexie sind aber, abgesehen von den Fällen *Jakobs*, nicht bekannt. Die erste Patientin *Jakobs*, eine 41 jährige Frau, war seit 10 Jahren, d. i. seit dem letzten Partus, psychisch verändert, machte allerlei Verkehrtheiten, z. B. tat sie Zucker an die Fleischbrühe; häufig traten Schwächeanfälle ohne Bewußtseinsverlust auf, in denen sie still dalag. Doch wird 5 Jahre später, gelegentlich einer Behandlung im Krankenhaus ihr Sensorium als frei bezeichnet. Erst in den letzten 4 Wochen vor dem Tod entwickelten sich schwere psychische Störungen: zeitweise auftretende Verwirrtheitszustände mit deliranter Unruhe, zuletzt auch ein mehr stuporöses Verhalten. Dieser Fall ist aber nicht recht verwertbar, weil die finalen Störungen wahrscheinlich auf eine beginnende, autoptisch festgestellte, tuberkulöse Basalmeningitis zurückzuführen sind. Bei der zweiten, etwa 42 jährigen Patientin *Jakobs*, bei der die Krankheit sich ebenfalls im Anschluß an einen Partus entwickelte, sind wesentliche psychische Störungen in den ersten 15 Jahren der Erkrankung überhaupt nicht aufgefallen. In den letzten Monaten ihres Lebens in ein Krankenhaus aufgenommen, war die Patientin unruhig, bettflüchtig, hörte Stimmen, hatte auch optische Halluzinationen und war häufig desorientiert. Wegen ihrer Unruhe wurde die Kranke 2 Monate vor ihrem Tode unter der Diagnose »Psychose bei allgemeinem Erschöpfungszustand« der Staatsanstalt Friedrichsberg überwiesen. Hier machte die Kranke einen leicht benommenen Eindruck; alle ihre Bewegungen und Angaben erfolgten mühsam und langsam, was nicht nur durch ihre verwaschene und schleppende Sprache, sondern auch durch die Erschwerung der Auffassung und des Denkens bedingt erschien. Örtlich und zeitlich war sie ungenau orientiert. Weiterhin verhielt sich die Kranke völlig stumpf und ruhig, trat in keinerlei Beziehungen zu ihrer Umgebung, sprach spontan nicht, antwortete auf Fragen nur ganz abgerissen, unzusammenhängend mit monotoner, verwaschener Sprache; bisweilen gab sie aber auch auffallend sinngemäße Antworten. Einigemale traten Ohnmachtsanfälle auf. In diesem apathischen, somnolenten Zustand verblieb die Kranke bis zu ihrem Tode.

Digitized by Google

In diesem Zusammenhange sei kurz der Krankengeschichte eines Falles von Simmondscher Krankheit Erwähnung getan, der von dem einen von uns (*Güntz*) bereits an anderer Stelle mitgeteilt worden ist. Die 38jährige Patientin war bis 1922 gesund gewesen. In diesem Jahre machte sie eine Fehlgeburt und im Anschluß daran eine schwere Operation (Totalextirpation) durch; seitdem wurde sie blutarm und schwach. Hat nie Anfälle gehabt, aber etwa aller 3—4 Wochen trat Erbrechen auf. Nach Weihnachten 1928 wurde sie besonders matt und schwach, war öfters bettlägerig, hatte aber sonst keine besonderen Beschwerden. Am 10. 3. 1929 wurde sie früh plötzlich bewußtlos, die Arme waren steif. Sie wurde deshalb am 9. 3. 1929 dem Krankenhaus Löbtauerstraße wegen angeblichen hysterischen Stupors zugeführt. Bei der Aufnahme war sie benommen, vermochte keine näheren Angaben zu machen, beantwortete nur einzelne Fragen, machte einen sehr anämischen Eindruck, der Puls war kaum fühlbar. Am Nachmittag wurde die Patientin relativ klar, gab an, sie sei am Vormittag ohne Besinnung gewesen; ihr Mann habe ihr gestern wegen ihrer Krankheit Vorwürfe gemacht. Am 10. 3. trat früh plötzlich ein Anfall schwerer Bewußtlosigkeit auf; Exitus am gleichen Nachmittag. Die Sektion ergab einen fast völligen Schwund des Hypophysenvorderlappens[1]).

Wenn die geringe Zahl der bisher vorliegenden Krankengeschichten ein abschließendes Urteil nicht gestattet, so läßt sich so viel sagen, daß die bisher bei Simmondscher Kachexie gefundenen psychischen Störungen mit dem charakteristischen Bild der psychischen Störungen bei der Alzheimerschen Erkrankung nur wenig gemein haben. Ergänzend sei noch erwähnt, daß auch *Runge* darauf hinweist, daß bei der Simmondschen Kachexie auch Symptome der echten senilen Demenz nicht beobachtet worden sind.

Wie die klinischen Bilder der psychischen Störungen, die bisher bei Simmondscher Kachexie gefunden worden sind, nicht mit den psychischen Veränderungen bei der Alzheimerschen Erkrankung identisch sind, so sprechen auf der anderen Seite auch die histologischen Veränderungen, die bisher bei Simmondscher Kachexie im Gehirn nachgewiesen werden konnten, in keiner Weise den anatomischen Befunden bei Alzheimerscher Erkrankung. Allerdings ist auch hier wieder die Zahl der bisher eingehend untersuchten Fälle von Simmondscher Erkrankung sehr gering. Mit modernen Untersuchungsmethoden sind meines Wissens bisher nur Fälle von *Jakob* und *Lewy* (s. u. *Simons*) untersucht worden, von denen außerdem der erste der Jakobschen Fälle, wie schon er-

[1]) Anm. Für Überlassung der Krankengeschichte danken wir Herrn Prof. *Reiß*.

Digitized by Google

wähnt, wegen der Komplikation mit tuberkulöser Basalmeningitis nicht eindeutig verwertbar ist. In diesem ersten Falle fand *Jakob* im Gehirn selbst eine allgemeine protoplasmatische Gliawucherung und eine diffuse, uncharakteristische Ganglienzellveränderung bei Fehlen von Ganglienzellverfettung. Im zweiten Fall konnte der Autor an zahlreichen Stellen der Großhirnrinde Verödungsherde nachweisen, die sich vornehmlich in der III. Rindenschicht entwickelt hatten und in der V. viel seltener angetroffen wurden. Diese Verödungsherde waren charakterisiert durch einen umschriebenen Ausfall von Ganglienzellen bei ganz schwacher Gliareaktion, waren unscharf gegen die Umgebung abgegrenzt und schienen mit kleinen Gefäßen in Zusammenhang zu stehen. Etwas größere Verödungsherde mit kräftiger protoplasmatischen Gliawucherung fanden sich im lockeren Pyramidenband des Ammonshorns. Außerdem war eine, die ganze Rindenbreite durchsetzende, allgemeine protoplasmatische Gliawucherung mit Gliakernformen durchaus ungewöhnlicher Art nachweisbar. Die Ganglienzellen waren zum größten Teil verändert. Es fanden sich: diffus körniger Zerfall der Nißlschollen, Blähung des Zellkerns mit Verlagerung des Kernkörperchens. Teilweise zeigten die Ganglienzellen auch Schrumpfungsvorgänge. Von den tieferen Kernen wiesen nur der Nucleus dentatus und die unteren Oliven schwere Veränderungen der Ganglienzellen auf. Nirgends waren Verfettung der Ganglienzellen, Drusenbildung oder Alzheimersche Fibrillenveränderungen festzustellen.

Am Schluß seiner Arbeit betont daher *Jakob* ganz besonders, daß »die gefundene Parenchymentartung des Zentralnervensystems durchaus nicht jenen Veränderungen entspricht, die wir als typischen Befund im Zentralnervensystem beim normalen und pathologischen senilen Involutionsvorgang ansehen müssen. Es fehlen jede Verfettung des Parenchyms, namentlich der Ganglienzellen, jede Fibrillenverdickung und die senile Drusenentwicklung. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Prozeß bei unseren Kranken (sc. *Jakob*s) nachweislich jahrelang bestand, also Zeit hatte, sich spezifisch im Nervensystem auszuwirken.«

Auch bei einem von Lewy (s. u. *Simon*s) histologisch untersuchten Fall ist von Alzheimerschen Fibrillenveränderungen und Drusenbildung nichts erwähnt.

Fassen wir nochmals kurz die Ergebnisse unseres Literaturstudiums zusammen:

Auf der einen Seite ist behauptet worden, daß sowohl die klinischen wie die anatomischen Veränderungen, die bisher bei Alzheimerscher Erkrankung gefunden worden sind, irgendwie auf toxisch-inkretorische Störungen zurückzuführen seien. Wenn einzelne Beobachtungen etwa zugunsten einer derartigen Annahme

Digitized by Google

sprechen können, so muß demgegenüber hervorgehoben werden, daß eindeutige Veränderungen an inneren Drüsen bei sicher zur Alzheimerschen Erkrankung zu zählenden Fällen bisher nicht nachgewiesen werden konnten; insbesondere war über pathologische Befunde am Hypophysenvorderlappen bei der Alzheimerschen Erkrankung bisher nichts bekannt geworden.

Auf der anderen Seite sind bei der Simmondschen Kachexie wohl vielfach psychische Veränderungen gesehen worden. Es sind auch Veränderungen im Gehirn nachgewiesen worden. Aber es entspricht weder das Bild der bei Simmondscher Kachexie beobachteten psychischen Störungen dem klinischen Bild der Psychose bei Alzheimerscher Erkrankung, noch das anatomische Bild der bisher bei Simmondscher Kachexie gefundenen Gehirnveränderungen dem charakteristischen Befunde bei Alzheimerscher Krankheit.

Erheben wir nun unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen nochmals die Frage, ob und welche ursächlichen Zusammenhänge in unserem Falle zwischen der Simmondschen Kachexie und der Alzheimerschen Erkrankung vorhanden sein könnten, so können wir unsere Stellungnahme etwa in folgenden Sätzen ausdrücken, wobei wir, wie wir glauben die einzelnen Möglichkeiten, die überhaupt in Frage kommen könnten, genügend berücksichtigt haben:

1. Die Möglichkeit, daß die Simmondsche Kachexie direkt durch die Alzheimersche Erkrankung oder indirekt auf dem Weg über eine starke Mitbeteiligung der vegetativen Kerne am Prozeß der Alzheimerschen Krankheit bedingt wäre, können wir — trotz Fehlen eingehender Befunde an den vegetativen Kernen — mit großer Wahrscheinlichkeit verneinen; denn die Simmondsche Kachexie hat offenbar eher eingesetzt, als die Erscheinungen der Alzheimerschen Erkrankung.

2. Die Möglichkeit, daß die Alzheimersche Erkrankung durch die Simmondsche Kachexie hervorgerufen worden wäre, können wir zur Zeit mit Sicherheit weder bejahen, noch verneinen. Nach dem, was bisher über Gehirnveränderungen bei endokrin bedingten Erkrankungen, Myxoedem, Kretinismus, insbesondere bei Simmondscher Erkrankung selbst bekannt ist, muß ein derartiger ursächlicher Zusammenhang eher als unwahrscheinlich angesprochen werden.

3. Ebenso können wir die Möglichkeit, daß Alzheimersche Erkrankung und Simmondsche Kachexie Folgen einer gleichen, uns noch nicht bekannten Ursache sind, zur Zeit weder mit ausreichender Sicherheit verneinen noch bejahen.

4. Solange die Kombination von Simmondscher Kachexie und Alzheimerscher Krankheit nicht öfter nachgewiesen worden ist,

Digitized by Google

müssen wir ernstlich mit einer vierten Möglichkeit rechnen, nämlich mit der Möglichkeit, daß es sich um ein zufälliges Zusammentreffen beider Erkrankungen handelt, daß die Simmondsche Kachexie auf die Fehlgeburt bzw. die frühere Schwangerschaft zurückzuführen ist (s. o. unter Besprechung des Befundes), die Alzheimersche Erkrankung aber auf eine uns noch unbekannte Ursache. Daß bei diesem zufälligen Zusammentreffen sowohl die Alzheimersche Erkrankung als auch die Simmondsche Kachexie in ihrem Fortschreiten sich gegenseitig beeinflußt haben, ist nicht auszuschließen. Wir verweisen darauf, was der eine von uns (Dr. *Güntz*) über die rasche Progredienz der Simmondschen Kachexie in den letzten Jahren ausgeführt hat.

Wenn die Schlußfolgerungen, die wir aus unseren Befunden ziehen, recht vorsichtig gehalten sind, so glauben wir den vorstehenden Fall doch mitteilen zu sollen, da derartige Beobachtungen zu weiteren Untersuchungen über das Problem des Zusammenhangs seniler Involutionsvorgänge, zu der wir die Alzheimersche Erkrankung mit einer gewissen Berechtigung rechnen dürfen, und Störungen endokriner Drüsen, anregen müssen. Unser Fall zeigt aber auch, wie notwendig zur Klärung dieser Fragen enge Zusammenarbeit zwischen Klinik einerseits, allgemeiner pathologischer Anatomie und Neurohistopathologie andererseits ist.

Herrn Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. *Schmorl* danken wir für die Überlassung des interessanten Materials.

Literaturverzeichnis.

Bauer: Innere Sekretion. Berlin und Wien. J. Springer 1927.

Grünthal: Die pathologische Anatomie der senilen Demenz und der Alzheimerschen Krankheit. Handb. d. Geisteskrankheiten. Spez. Teil VII. Springer Berlin 1930.

Güntz: Schrumpfnieren und Hodenatrophie. Frankf. Ztschr. f. Pathol. 40, 1930.

Herz u. *Fünfgeld:* Zur Klinik und Pathologie der Alzheimerschen Krankheit. Arch. f. Psych. 84, 1928.

Hilpert: Zur Klinik und Histopathologie der Alzheimerschen Krankheit. Arch. f. Psych. 76, 1926.

Jakob: Zwei Fälle von Simmondscher Krankheit (hypophysärer Kachexie) mit besonderer Berücksichtigung der Veränderungen im Zentralnervensystem. Virch. Arch. 246, 1923.

Kraepelin: Lehrbuch der Psychiatrie. 8. Auflage.

Kraus: Die Hypophyse. Handb. d. spez. Path. Anat. u. Hist. v. Henke-Lubarsch, Bd. 8.

Lewy: Die Lehre vom Tonus und der Bewegung. XI. Kap. Springer Berlin 1923.

Perusini: Über klinisch und histologisch eigenartige psychische Erkrankung des späteren Lebensalters. Histol. u. histopath. Arbeiten. Nißl-Alzheimer, Bd. III. Jena, Fischer 1910.

Digitized by Google

Rößle: Wachstum und Altern. München, Bergmann 1923.
Runge: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionszeit. Handb. d. Geisteskrankheiten. Springer Berlin 1930. Bd. VIII, spez. Tl. 4.
Schaffer: Zur Path. u. Pathohist. der spast. Heredodegeneration. Z. f. Neur. u. Psych. 77.
Schnitzler: Zur Abgrenzung der sogenannten Alzheimerschen Krankheit. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych. 7, 1911.
Simmonds: Über Hypophysenschwund mit tödlichem Ausgang. Deutsche med. Wschr. 1914, 7.
Simmonds: Atrophie des Hypophysenvorderlappens und hypophysäre Kachexie. Dtsche. med. Wschr. 1918, 31.
Simons: Hypophysäre Kachexie. Sitzungsbericht. Zentr. f. Neur. u. Psych. 1925, 191.
Stief: Über die anatomischen Grundlagen der vegetativen Störungen bei Geisteskrankheiten. Dtsche. Z. f. Nerv. Hlkde. 97, 1927.

Digitized by Google

Über die psychiatrische Bedeutung offener Nervenabteilungen an Heil- und Pflegeanstalten.

Erfahrungen an der psychiatrischen Randzone.

Aus der offenen staatl. Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim, Pirna,
von Dr. **Fritz Sievert.**

G. Ilberg hat im Jahre 1921 über »die der Irrenanstalt angereihte Nervenheilanstalt« als wünschenswerten Typ einer offenen Abteilung für größere geschlossene Zentralanstalten berichtet, und die kleine dem Sonnenstein unterstehende »Staatliche Nervenheilanstalt Maria-Anna-Heim« ist seine ärztliche Gründung (1914 — im Krieg 2 Jahre Neurotikerlazarett — 1919 für beide Geschlechter als Nervenheilanstalt wieder eröffnet). In der Hauptsache für funktionell und organisch Nervenkranke bestimmt, die einer geschlossenen Anstaltsbehandlung bzw. der Wache und größerer Pflege nicht bedürfen, und seit 1919 mit einem zweimal wöchentlich abgehaltenen Ambulatorium ausgestattet, hat die Anstalt seit 1919 im Laufe der Jahre über 2300 Anstaltszugängen und 3300 Ambulatoriumszugängen die erforderliche Behandlung und Beratung und auch den Anstaltsärzten, wie *Ilberg* es dachte und wollte, die an anderen geschlossenen Anstalten meist fehlende Verbindung mit der praktischen Neurologie und der Psychiatrie der Übergangsfälle geboten.

Es war allerdings bei der abgesonderten Lage und den relativ engen Verhältnissen der Anstalt, bei dem hier nötigen Zusammenleben beider Geschlechter und von Angehörigen verschiedener Stände nötig, gewisse Einschränkungen hinsichtlich der Aufnahme walten zu lassen, um irgendwie vorauszusehende Störungen in der offenen Abteilung, wo auch der Ausgang bis zu einem gewissen Grade unkontrollierbar ist, von vornherein vorzubeugen. Wir können z. B. nicht alle Arten von psychopathischen Persönlichkeiten hier aufnehmen, z. B. ausgesprochen übererregbare, überempfindliche oder besonders auffällige Naturen, Krampfkranke, schwerere Anfallshysteriker, Krakeeler, sexuell Perverse, vor allem Süchtige (Alkoholisten, Morphinisten usw.) nicht; Suizidverdächtige sind, soweit man das von vornherein überhaupt feststellen kann, ebenfalls ausgeschlossen. Es bleibt aber doch eine sehr vielgestaltige

Digitized by Google

Klientel von allerhand Nervenkranken, Psychopathentypen, neurasthenischen Reaktionen, seelischen und körperlichen Erschöpfungszuständen, hysterischen Konstitutionen und Reaktionen, traumatischen Neuropsychosen und Schreckneurosen sowie anderen Neurosen mannigfacher Art zu betreuen übrig, die man in den Landesanstalten sonst nicht zu sehen bekommt. Alle Arten massiver offenkundiger Psychosen, teilweise auch im Intervall, sind natürlich fernzuhalten, ein Wechsel zwischen offener und geschlossener Anstalt und umgekehrt kommt nur ausnahmsweise in Frage. Patienten, die einer besonderen Überwachung bedürfen, sind hier absolut ausgeschlossen. Wer sich als wachbedürftig erweist, muß alsbald entlassen werden. Ohne gewisse Risikofälle geht es hin und wieder nicht ab, wenn nötig und möglich, schützt man sich durch einen Revers von seiten der Angehörigen, der sofortige Abholung oder anderweitige Unterbringung im Falle der Notwendigkeit ausmacht — bei weiteren Entfernungen der Heimat bzw. zuständiger Wohlfahrtsbehörden allerdings manchmal eine weitläufige Angelegenheit und ein etwas unsicherer Schutz in rechtlicher Hinsicht für Arzt und Pflegepersonal. Meist ist es möglich, die Unterbringung Ungeeigneter nach Verständigung mit den betreffenden Kollegen und Angehörigen vor der Aufnahme zu verhindern. Schwierigkeiten machten besonders unangesagte, von weither gereiste Kranke dieser Art bzw. solche, deren Ungeeignetheit aus den Aufnahmezeugnissen nicht erkennbar war oder sich erst im Laufe der Behandlung herausstellte.

Allerdings kommen der Natur der Anstalt entsprechend alljährlich auch zu Recht eine Anzahl ausgesprochenerer psychiatrischer Fälle mit herein, abgesehen von den bereits gedachten offenbaren Irrläufern, nämlich solche Grenzzustände, für welche eine geschlossene Anstalt nicht nötig oder inopportun ist, oder solche, die dem allgemeinen ärztlichen — nicht streng psychiatrisch zu nehmenden Sprachgebrauch nach noch als »Nervenkranke« im weiteren Sinne betrachtet zu werden pflegen. Hier gilt es besonders sorgfältig mit der Auswahl der Aufzunehmenden vorzugehen. Aber viele solcher Kranker gehören weder in Landesanstalten noch in Krankenhäuser und können sich ein Privatsanatorium nicht leisten, unsere Anstalt war von jeher für Unbemittelte gedacht und ist jetzt meist von Krankenkassen, Versicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften beschickt. Die Kranken müssen nur harmlos und ungefährlich, lenkbar und unauffällig genug sein, um sich hier in das höchstens 30 bis 40 Personen umfassende Milieu mit einfügen zu lassen, das je nach der momentanen Schicksalsgemeinschaft ein recht verschiedenes sein kann. Für viele ist es eine Wohltat und eine wichtige Sache, nicht in die Irrenanstalt aufgenommen worden zu sein, sowohl in sozialer als sonstiger persönlicher Bezie-

Digitized by Google

hung, und gerade für leichtere psychotische Zustände mit neurotischen Zügen ist auch eine intensivere Behandlung mit Psychotherapie, Bädern, Apparaten von besonderem Vorteil. Auch bleiben leichteren psychisch Kranken gewisse deprimierende Eindrücke (schwerere Geisteskranke, epileptische Anfälle und dergl.) hier erspart, und die Beziehungen von Mensch zu Mensch sind dem übrigen Krankenmaterial entsprechend normalere und natürlichere.

Unter den gedachten abnormen Seelenzuständen haben hier, mehr als die verschiedenen Formen der Psychopathien, immer das besondere Interesse für die Anstaltspsychiater jene »leichten Psychosen« bzw. psychotischen Persönlichkeitsveränderungen gefunden, die nur silhouettenartig, pastellartig angedeutet die Bilder echter Psychosen erkennen lassen bzw. an die größeren seelischen Störungskreise dieser Psychosen heranreichend, gewissermaßen ihre Randzone bilden.

Über Erfahrungen mit diesen und über ihre Einweisungsmöglichkeit in die offene Anstalt möchte ich, lediglich ausgehend von anstaltstechnischen Gesichtspunkten, an der Hand von kurzen Krankengeschichtsauszügen der letzten Jahre heute einiges berichten.

1. Depressionszustände.

Ich möchte diese an erster Stelle nennen, da die Fragen, ob in den Augen der Mitwelt »geisteskrank oder nicht«, ob geschlossene oder offene Behandlung möglich, inwiefern ernste Suizidgefahr besteht oder unwahrscheinlich ist, hierbei für den Anstaltsarzt besonders verantwortungsvoll, für die Kranken wichtige Schicksalsfragen sind. Oft sind echte endogene Depressionen vom Charakter der Melancholie außerhalb der Anstalt nicht zu diagnostizieren bzw. erst nach der Aufnahme und einer gewissen Beobachtungszeit und Klärung der Anamnese näher festzustellen, oft erweisen sich scheinbar reaktive Depressionen nach Heredität und Wesensart als endogen bedingt, aber auch das Gegenteil kommt vor, daß sich anfänglich als ausgesprochene Risikofälle imponierende als relativ harmlos erweisen. Wenn man nach den ärztlichen Einweisungszeugnissen geht, so erleben wir in dieser Hinsicht die widersprechendsten Dinge: »Schwere Neurasthenie«, »Seelische Erschöpfung«, »Melancholische Depression« und desgl. kann ebenso der Ausdruck für ernste überwachungsbedürftige Psychosen als für eine besonders angelegentliche Befürwortung der Anstaltseinweisung bei Angehörigen, Behörden, Kassen sein. Trotz der gewissen nicht immer vermeidbaren kleinen Reibungen und Unbequemlichkeiten, sind dabei meist Rückfragen nötig, es sei denn, es liegen ausführlichere Zeugnisse wie z. B. von seiten der Landesversicherungsanstalt usw. vor.

Digitized by Google

Andererseits gibt es sowohl beim manisch-depressiven Irresein Zustände, die sich hier ganz gut einmal einfügen lassen, als schwere depressive Reaktionen bei Psychopathen, die große Schwierigkeiten bereiten oder von Hause aus abgelehnt werden müssen. Ein gewisser Gradmesser für die Aufnahmeeignung von Depressionen ist immer die oft nicht so leicht zu beurteilende Ernsthaftigkeit der Suizidgefahr, die ja bei allen Depressionen vorkommen kann. Neben den endogenen und reaktiven Depressionszuständen spielen die durch Arteriosklerose, sowie die durch basedowoide und klimakterische Grundlage bedingten immer eine gewisse Rolle. Erstere sind als bekanntlich meist zu schwereren Formen gehörig bzw. der schwereren Melancholie sich nähernd sehr mit Vorsicht aufzunehmen, letztere bieten der Behandlung meist weniger Schwierigkeiten, sind aber besonders bei den heute oft bei unseren Kranken mitspielenden ungünstigen häuslichen Milieuverhältnissen (Ehe, Wohnungs- und sonstigen sozialen Verhältnissen, bes. Arbeitslosigkeit) und Rentenbegehrungen prognostisch meist nicht besonders günstig.

Einige Typen, die die Grenze der Behandlungsmöglichkeit von Depressionszuständen hier aufzeigen sollen, seien im folgenden gekennzeichnet:

a) Endogene Depressionen:

Fall 1: Frau F. S., 61 J., Buchdruckerswitwe, 1927, 1928, 1930 und 1931 wegen periodischer Melancholie hier behandelt, welche schon seit der Jugendzeit besteht und sich jedesmal nur äußert in Gedrücktheit, Hemmung, Energielosigkeit, typischen Tagesschwankungen. Es wurde immer vorsichtshalber ein Revers verlangt, doch verliefen die bisherigen Anfälle ohne jede Suizidneigung harmlos und mit jeweiliger erheblicher Besserung oder Heilung in relativ kurzer Zeit.

Fall 2: R. G. 43 J., Kantor und Lehrer, verh. 3. 3. bis 17. 4. 30. Kriegsrente wegen »Nervenschwäche«, auch in der Ehe Masturbation. Zuerst deutlich gehemmt, Selbstvorwürfe, Arbeitsunfähigkeit, aber keine Suizidneigung, weinerlich. Vorübergehend hypomanisch gekippt, zuletzt wieder verstimmt, nörgelig. Gebessert in Lehrererholungsheim entlassen. Später völlige Wiederherstellung.

Fall 3: E. T. 33 J., Buchhaltersehefrau. 13. 9. bis 11. 12. 29. Vor 2 J. Zahngeschwür, folgend Zahnfisteleiterung, Zahnfleischpyorrhoe. Anschließend Krebsfurcht. Zunehmende Depression, Angstgefühle, Kampf mit Suizidideen. In Remission aufgenommen: Unruhe, Schlaflosigkeit, zyklische Stimmungsschwankungen. Plötzlich wieder Angstzustand wegen angeblicher Verwachsung von Darm und Uterus, neue Furcht vor Mundkrebs. Verstärkung der Angst durch unerklärlicherweise aufgetretene Pediculi pubis, die »aus dem zersetzten Körper herausgekrochen seien«. Wegen Drängens und Suizidgefahr entl., Vorschlag geschlossener Anstaltsbehandlung abgelehnt, daheim allmählich ausgeheilt.

Fall 4: G. G. 52 J., früher Mühlenbes. 2. 8. bis 28. 10. 29. Pykniker. Früher rührig, lebhaft, allmählich zunehmender Depres.-Zust. nach Tod

Digitized by Google

der Frau; Mitwirkung finanzieller Schwierigkeiten, Abgabe der Mühle an den Sohn, Prozesse. Nachlaß der geist. Spannkraft, allg. Hemmung, Appetitlosigkeit usw. Wegen typischer Melanch. erst hier abgelehnt, nach einigen Wochen Besserung und Aufnahme, keine Selbstmordgefahr. Wird vorübergehend hypomanisch, euphorisch, betriebsam, ohne unangenehm aufzufallen. Später ruhiger. Vom Anfall geheilt entl.

Fall 5: P. Sch., Hausgehilfin. 28.9. bis 21. 11. 31. Mutter Suizid durch Gas. 1921 u. 1927 Depress.- bzw. Erschöpf.-Zustände, Anstaltsbeh. außerhalb. Oft Grübeleien, an Gas gedacht, in letzten Monaten gedrückt, empfindlich, Stelle verlassen. Einige Wochen auf geschloss. Abt. Städt. Anst. Dann Besserung bei Verwandten. Jetzt Depression im Abklingen, nicht gefährlich, nur noch leichte Stimmungsschwankungen, weitere Besserung. Erwerbsfähig entl.

Im Gegensatz dazu steht der einzige Todesfall infolge von Suizid, den die Anstalt seit ihrem Bestehen erlebte:

Fall 6: A. W. 47 J., verh., seit einiger Zeit klimakt. Beschwerden, der Nervenstrang im Rücken sei kaputt u. werde nicht wieder. Aufn. erst nach amb. Beobachtg. u. Versicherung des Ehemannes, daß ihre Lebensüberdrußäußerungen nicht ernst zu nehmen seien. Aufn. in geschl. Anst. nicht zu erreichen, deshalb Versuch hier. Weinte oft, gehemmt, viel hypochondrische u. auch psychogen anmutende Züge. Dissimulierte, Behandlg. täte ihr gut usw. Suizidideen dem Arzt gegenüber geleugnet, Mitkr. gegenüber, wie hinterher herauskam, öfters geäußert. Plötzl. unruhiger, schärfere Überwachung; noch ehe der Gatte benachrichtigt werden konnte, verließ Pat. heiml. die Anstalt, besuchte in der Nähe wohnende Tochter, von dieser aus direkt in die Elbe gelaufen.

b) Beispiele von vermutlich endogenen Depressionen, bei denen aber exogene Hilfsursachen eine größere Rolle spielten, bzw. wo eine scharfe Grenze zwischen Melancholie und reaktiver Depression nicht gezogen werden kann, erlebt man hier öfters. Oft kann man es den Fällen auch dem kurzen Querschnitt der Beobachtung nach nicht ansehen, wie sie klinisch einzuordnen sind.

Fall 7: H. B. 41 J., Zimmerer, 3. 3. bis 24. 7. 30. Pykniker. 30% Mil.-Rente wegen Nervenleidens. Ehe erst seit dem Kriege getrübt. Ehefrau schizoid, unsympathisch, widersetzt sich mit allen Mitteln der Scheidung, die Pat. sehr wünscht. Ist in Depress.-Zust. schon einmal 13 Mon. von Hause fortgewesen, dann ging es 8 Jahre daheim. Nach Diff. mit Frau erneute Depression, Angst, Herzbeklemmung, sehr gedrückt, gehemmt, inaktiv, weinerlich. Öfters Suizidideen, bes. seit Kassenunterstützung zu Ende geht, oft ratlos, mit Mühe wegen Ablehng. der Aufn. in geschloss. Anst. in Arbeitsverhältnis außerhalb des Heimatsorts untergebracht. Kann wegen Geschäftsunfähigkeit nicht geschieden werden.

Fall 8: F. P. 51 J., Schneiderin, verw. 13. 11. 29 bis 8. 2. 30. Nach Tod d. lungenkranken Mannes u. Suizid des einzigen Sohnes inf. von Melancholie zunehmende Depress. mit Angst, Hemmung, hypochondr. Klagen über alle Organe. Drohender Abschub über d. Grenze. Nur vorübergehende Besserung. Invalide entl.

Fall 9: M. F. R. 36 J., ledig, Näherin. 2. 9. bis 22. 11. 30. Vater an Paralyse gest., keine Zeichen von Erblues. Nach d. Tod einer bei ihr

Digitized by Google

lebenden Tante seelische Erschütterung, anhaltend tiefer depress. Affekt, appetitlos, hypochondr. Beschwerden, teilnahms- u. interesselos. Keine Suizidideen. Eindruck endogener Depression; sehr langsame Besserung, erwerbsf. entl.

Fall 10: E. Gr. 37 J., Wwe. 24. 11. 30 bis 10. 1. 31. Als Kind Migräne bis zum 14. Jahr. Mit 22 J. Verlust d. Ehemannes. Unterleibsoperation, anschließend Narkosedruckbrand d. rechten Beines, Amputation nach Gritti. Nach Tod d. Mutter nimmt sie niemand d. Verwandten auf. Vater Potator, stellt ihr angebl. nach, neun Geschwister wollen sie nicht, Stadt muß für sie sorgen. Aus Stift entl. wegen Schwierigkeiten, keine Wohnung. Depressiv, querulatorisch, unstät, zeitwe. hypomanisch, stets Anliegen. Allmähl. Beruhigung nach Regelung d. Wohnungsfrage. Gebessert entl.

Fall 11: T. L. Plätterin, verh., 39 J. 15. 1. bis 11. 3. 30. Eine Schwester der Mutter Suizid. Hypochondrische Beschwerden. Vorstellung »nicht geachtet zu sein, weil in Trauung ohne Kranz u. Schleier eingewilligt, obwohl sie Anrecht darauf gehabt hätte«. Trotz Komplexlösung längere Zeit anhaltend depressiv. Labil, aber arbeitsfähig entl.

Fall 12: P. N. 50 J., Landwirt. 25. 6. bis 26. 7. 31. Im Feld einmal längere Zeit nervös, jedes Frühjahr »Nervosität«, dies Jahr bes. stark wegen Sorgen um kranke Frau. Entschlußlos, grübelt, kann nicht arbeiten, sieht alles schwarz. Kopfdruck usw., kein Lebensüberdruß. Anfangs sehr hypochondrisch, rasch freier u. gut erholt, geh. entl. (Vermutl. handelte es sich um endogene depressive Anlage bei mehr neurasthenischem Zust.-Bild.)

c) Reaktive Depressionen mit teilweise hysterischen Zügen:

Fall 13: K. H. 38 J., Kaufm. Ehefr. 7. 8. bis 24. 9. 30. Erstes Verlöbnis wegen Untreue des Bräutigams aufgelöst. Vor 10 Jahren anderen Mann geheiratet, Ehe gut, zwei Kinder, doch Pat. frigide. Gespanntes Verhältnis mit d. Schwiegereltern. Konkurs. — Hier erst sehr gedrückt, weint viel, zieht sich gewählt an, läßt sich durch Bekannte verwöhnen. Gebess. entl.

Fall 14: E. M. 35 J., Arbeiterin. 28. 10. bis 14. 12. 29. Verlust des ält. Kindes. Monatelange depressive Verstimmung, vorübergehend Genickschmerzen, Reißen, Schütteltremor. Weinerl., verschlossen, vergrämt. Besserg., erwerbsf. entl.

Fall 15: E. R. 39 J., Garniererin. 27. 12. 29 bis 20. 2. 30. Basedow-Anlage. Vor 10 J. Abort, von dem jetziger Mann nichts weiß. Gewissensbisse, erhebl. Stimmungsschwankungen, Obstipation, steifer Hals, Kopfschmerz, Schwindel, Unruhe. Früh weinerl., abends unterhaltend. Manchmal kokett. Suggestibel. Besserg., erwerbsf. entl.

Fall 16: G. R. 27 J., led., Lageristin. 27. 4. bis 13. 6. 31: Beide Großväter Suizid. Nervöse Familie. Einmal Ladendiebstahl, nicht bestraft. Depress. im Anschluß an unehel. Geburt, daheim viel Vorwürfe. Erst weinerl., hypochondrisch, klagsam, stimmungslabil, später dem Arzt gegenüber Depression, in Gesellschaft munter. Nach Auftritt mit Vater Suizidrohungen. Schließl. roboriert u. arbeitsf. entl.

d) Zyklische Depression mit neurotischem Gepräge:

Fall 17: E. N. 57 J., Schuhmacher. 9. 4. bis 22. 5. 31. Verh., Beruf

Digitized by Google

wider willen, bis zum Krieg gesund. Durch Kriegsereignis deprimiert, Nervenlaz., 30% Rente, allmähl. auf 60% erhöht. Schon im Krieg einmal Zittern, jetzt jahrelang Tik. zweimal in geschloss. Anstalt, nach ärztl. Zeugnis ungefährl. Jetzt wieder energielos, deprimiert, Zucken im Körper, Unlust, Willensschwäche, Lebensüberdruß durch religiöse Überzeugung beherrscht. Typische Tagesschwankungen, früh gehemmt, abends freier. Zucken verschwindet m. Hypnose, Stimmung gebess., auf Wunsch in christl. Heim entl.

e) Klimakterische Depression mit hysterischen Zügen:

Fall 18: E. R. Verh., 48 J. 1. 6. bis 11. 8. 26 und 22. 5. bis 4. 7. 31. 1926: Beginn angebl. nach Fleischgenuß widerwillen. Gewichtsabnahme, Verdacht auf Magengeschwür, Hypochondrie. Zahlr. Arzneimittel, Energielosigkeit, gegen früher verändert. Periodenstörungen, Klagen über Herz, Magen, Zittern, Schlafmangel. Suggestibel. Nach komb. Bäder-, elektr., medikamentöser, psychotherap. Kur geh. entl. Bei zweiter Aufnahme — 1931—: Rückfällig seit 2 J., stärkere Beschwerden, keine Wahnideen usw., keine Suizidgedanken, hypochondr. Zust.-Bild mit theatral. Neigungen bei stärkeren postklimakterischen Beschwerden. Zahnextraktionen usw. Gebess. zur weit. Zahnbehandlung u. Tonsillektomie entl.

f) Depressives Zustandsbild mit angstneurot. Zügen, induziert durch zwangskranke Ehefrau:

Fall 19: R. Sch., 30 J., Sekr. 23. 3. bis 13. 5. 31. Frau war in Brautzeit hier in Behandlg. »wegen Angst vor d. Leuten seit der Verlobg.«, Eisenbahnfurcht, Furcht vor d. Ehe. Erste Ehejahre gingen für den Mann erträgl. Plötzl. bei anstrengendem dienstl. Sonderauftrag versagt, Depress. mit Suizidideen wegen früh. Masturb. Zustand trat auf nach Aussprache m. Frau über dasselbe Leiden. Der Arzt hatte ihm v. seiner Frau gesagt, sie könne geisteskrank werden, er selbst solle gut auf sie aufpassen. Darauf Angst, Insuffizienzgefühle, Nachlaß der Potenz, Übelkeiten, abnorme Organempfindungen, »Erwartungsgefühle« (genau wie sie die Frau früher geklagt hat). Nach Aufn. fortlaufende gute Besserg. m. starker Gewichtszunahme, geh. entl.

g) Mehrfache neurasthenische Depressionen:

Fall 20: R. P., 33 J., Schleifer, erste Aufnahme 13. 5. bis 20. 6. 29. Früher 1921/22 längere Zeit verstimmt bei Magenbeschwerd. Jetzt plötzl. Nachlaß der Arbeitsfähigkeit inf. unerwarteten Todes d. Frau im Kindbett, kann sich nicht konzentrieren, weinerlich, träumt viel, Herz- u. Kopfbeschwerden. Allmähl. freier, arbeitsf. entl. Zweite Aufn.: 19. 10. bis 18. 11. 31: 2 J. Wohlbefinden, wieder verh., zweite Ehe glückl. Seit einigen Wochen wieder nervös, Magenbeschwerden, träumt wieder viel. Hypochondr. Befürchtungen, wortkarg, allmähl. wieder Besserg., Gewichtszunahme, arbeitsf. entl. (Ob dieser Fall zu zyklisch-endogenen Depressionen gehört, ließ sich nach d. Zust.-Bild nicht sicher entscheiden.)

h) Reaktive Depression bei schizoider Persönlichkeit:

Fall 21: L. F. 41 J., Heimarbeiterin, verw. 5. 9. bis 9. 11. 30. Nervöse Vorfahren, als Kind Veitstanz. Mit 18 J. angebl. linksseitige Lähmung. 20 J. älteren Mann in gut. Verhältn. geheiratet, der in Inflat.-Zeit starb. Verarmt, eine Tochter Basedow, ein Sohn v. 15 J. gesund. Drohende Aus-

Digitized by Google

lieferung nach der Tschecho-Slowakei weg. durch Heirat erh. Staatsangehörigkeit, Wiederaufnahme deutsch. Staatsangehörigkeit nicht mögl. Schwerer depress. Affekt, weinerl., verbittert, schroff, Angst, hartnäckige Suizidgedanken, will den Sohn »mitnehmen«, damit er nicht fremder Soldat wird. Zuletzt äußerlich ruhig, gefaßt, aber sehr gespannt. Unter Benachr. d. zust. Wohlfahrtsamtes somat. gebess. entl.

i) Melancholie bei Arteriosklerose:

Fall 22: J. F., 60 J., Amtmann. 11. 5. bis 20. 7. 31: Arteriosklerose ohne hohen Druck, leichter apoplekt. Insult überstanden. Keine Lues. Nach kompl. Beinbruch erkrankt; sehr gehemmt, ängstl., Selbstbeschuldigungen, sei überflüssig, Schlafmangel. Allmähl. Zunahme von Beweglichkeit u. Initiative, versuchsw. dienstfähig entl. (Der Fall konnte zeitweise nur deshalb dabehalten werden, weil Ehefrau hier bei Bekannten wohnte u. ihn tägl. mit betreute.)

2. Manie:

Manische gehören auch in relativ harmlosen Stadien nicht in die offene Anstalt hinein. Selten war es möglich, solche Patienten einige Zeit hierzubehalten, sei es, daß es sich um leichte hypomanische euphorische Phasen handelte, wie bei Fall 2 und 4, oder um ganz unauffällige Zustände von etwas Bewegungsdrang, Geschwätzigkeit mit vorwiegend nervösen Beschwerden. Nicht zu halten war z. B. der folgende Fall:

Fall 23: C. A., Geschäftsinh., 48 J., verh. 13. bis 26. 3. 31. Früher Kriegsrente, ällmähl. entzogen. Vor 3 J. Strangulation infolge geschäftl. Sorgen, Psychiatrische Klin. 1928 in Heilanst. wegen übermäß. Einkäufe. Seit 3 Woch. wieder lebhafter, kauft unnötige Sachen, borgt sich Geld dazu. Pfleger gestellt. Behandelnder Nervenarzt dringt auf Aufn. in off. Anstalt trotz nochm. Rückfrage. Im allgem. lenkbar, humorvoll, vorübergehend neckend, auch gereizt, raucht viel. Taschengeld für Lappalien ausgegeben. Bewegungsdrang, Ideenflucht, gehobene Stimmung in Zunahme, Schlaf- u. Ruhelosigkeit, Allotria, kollert schweren Stein vom Berg in den Garten herunter, mischt sich in Arbeitskolonnen d. Landesanst., streichelt Pferd auf d. Straße u. wird v. diesem gebissen. Droht, bei Verlegung sich zu erschießen. Nach psychiatr. Klin.

3. Schizophrenien:

Schizophrenien passen nur ganz selten einmal in die offene Anstalt. Die hier zur Aufnahme gelangten Fälle mußten meist sofort oder nach kurzer Zeit wieder abgegeben werden. Sie kommen gelegentlich entweder mit nicht deutlich entwickelten Symptomen oder im ersten Schub, oder in einer Remission, fast stets nicht diagnostiziert, hier herein. Nur wenige Fälle ließen sich für einige Zeit hier mit behandeln. Katatonien sind auszuschließen. Im Prinzip auch Hebephrene und Paranoide. Naturgemäß werden Schizophrene auch von den Mitkranken hier am schwersten verstanden, passen sich auch infolge ihres Autismus, Negativismus usw. am schwersten an.

Digitized by Google

Unmöglich im Heim sind Fälle folgender Art:

Fall 24: O. L., 46 J., Aushelferin, gesch. 31. 1. bis 1. 2. 30. Eingewiesen ohne Anmeldung »wegen nervöser Erschöpfung bzw. zur Feststellung der Geschäftsfähigkeit« ohne Begleitung. Vorausgegangen heftiger Streit wegen falscher Beschuldigungen ihrerseits inf. von Beeinträchtigungsideen, Eregg.-Zustände. Schlag a. d. Kopf erhalten, daher »Ängstlichkeit im Blut«, »Trockenheit im Hals« (erkältet), durch vorüberfahrendes Auto »Stechen im Kopf bekommen«. Ideenflüchtig, schwatzhaft, äußert Beziehungs- und Verfolgungsideen; Halluzinationen. Nach Anordnung d. Wohlf.-Amts in die Landesanst. verlegt.

Fall 25: L. Tr., Arbeiterin, led., 40 J. 27. 12. 29 bis 6. 1. 30. Inzest mit d. Pflegevater bis zum 15. Jahr, brach ab, als sie sittl. Verfehlung erkannte. Nie wieder Verkehr. Eingewiesen weg. »Neurasthenie u. Blutarmut«. Zuerst ruhig, geordnet, unnatürlich freundlich, redselig. Sah einen Geist im Zimmer sitzen, durfte erst wieder herein, als er fort war. Glaubte, hier werde Spiritismus getrieben. Schrie am siebenten Tage plötzlich durch das ganze Haus »ich bin nun geheilt, Jesus hat mich erlöst«, Verzückungszustand. Verlegg. nach L.-A. auf Verständigung des zust. Wohlf.-Amtes.

Fall 26: L. G., 31 J., Ehefr. 29. 1 bis 9. 2. 31. Eingewiesen »wegen seelisch nervöser Störungen, Milieuwechsel nötig«. Seit Jan. 30 gedrückt, Selbstvorwürfe, vorübergehend Gesichtshalluzinationen, Suizidabsichten gehabt, umhergetrieben. Jetzt ruhig, aber ideenflüchtig, zerfahren, schwatzhaft, Echopraxie. Die Mitkranken wurden unruhig, Pat. wurde abgeholt, da zurzeit nicht unbedingt anstaltsbedürftig. Katamnese: Landesanstalt.

Dagegen konnten folgende Fälle einige Zeit dabehalten werden:

Fall 27: J. U., 57 J., verw., Rentnerin: Erste Ehe unglücklich und geschieden durch schizophrenen Schub in den 20er Jahren. Nach Remission zweite Ehe mit Trinker. Ein Sohn Psychopath. Materielle Sorgen. Keine akuten Schübe mehr, doch Sonderbarkeiten, die im Orte auffielen. Lange in ambulanter Behandlg. hier wegen Erschöpfg., 1930 u. 1931 auf mehrere Wochen zur Erholung hereingenommen, Beschwerden des Rückbildungsalters, nicht bes. auffällige Manieren u. Eigenheiten. Jeweilig gute Einfügg. ins Anstaltsmilieu.

Fall 28: E. L., 28 J., Arbeiterin. 4. 9. bis 3. 11. 30. Eingewiesen wegen »Nervenschwäche« durch L.-V.-Anst. Eigenartiges Krankheitsbild, das zunächst für sensitiven Beziehungswahn gehalten wurde. Fühlte sich ungerecht behandelt, beschimpft u. verleumdet, beeinträchtigt v. einem Pfarrer, in dessen Hause sie Aushilfsarbeit verrichtete u. dessen alten Vater sie schließl. der sexuellen Nachstellg. bezichtigte. Es stellte sich heraus, daß Pat. im Vorjahr einen akuten schizophrenen Schub mit Halluzinationen (Christus, Engel) in einer Anstalt durchgemacht hatte. Glattes Lächeln, bigottes Wesen, Selbstgefälligkeit, nicht störend für andere, ungefährlich; Besserung. Erwerbsf. entl.

Fall 29: L. P., 34 J., verh. 18. 2. bis 12. 4. 30. Eingewiesen wegen »hochgradigen Erschöpfungszust. des Nervensyst.«. Wohnungsschwierigkeiten im Hause d. Schwiegereltern, ehel. Mißverständnisse wegen unbegründeter paranoider Ideen. Der Mann hänge noch an einem früheren Verhältnisse, es habe nur eine »Scheintrauung« stattgefunden. Beobachtete

Digitized by Google

daheim Blicke, Mienenspiel, Zeichen d. Angehörigen. Der Mann sei die Heirat nur eingegangen, um Karriere zu machen. Grübeleien, vorübergehend Ausfälligkeiten. Keine Halluzinationen. Besuche d. Mannes wirken ungünstig. Dissimuliert; zuletzt freier, Gewichtszunahme, gebess. entl. Katamnese 1931: Eheschwierigkeiten auch nach durchgesetztem Wohnungswechsel, verworrener geworden.

Angefügt seien noch zwei Fälle, die vermutungsweise auch dem schizophrenen Formenkreise angehören, wie sie gelegentlich hier zur Einweisung kommen und auch eine zeitlang behandelt werden können:

Fall 30: A. K., 27 J., Arbeiterin, 22. 6. bis 20. 7. 29. Hypochondrisch depress. Zust.-Bild mit leichten Negativismen u. Andeutung v. Manieren, Stereotypien, bizarre Klagen. Schließl. durch Lamentieren auch nachts für Mitpat. zu störend, ungebess. invalide entl. Aufgetreten war der Zust. während einer Schwangerschaft vor 4 Jahren.

Fall 31: A. H., 36 J. 28. 7. bis 19. 9. 31. Im Anschluß an Evangelisationspredigten erregt u. schlaflos, erschüttert durch Gefühl v. Schuld u. Sünde, dürfe in kein Kino mehr, will den Mann v. d. einzigen momentanen Erwerbsquelle, Tanzmusik, abhalten, weil dies Sünde sei. Druck auf d. Brust, Klagen üb. Gedankenschwund, Grübeleien, habe Seligkeit verscherzt, hypochondrische Beschwerden, »Gliederzittern in der Brust«, »Gedanken schwanken in ihr«. Immer etwas beobachtend, ängstl., im Gegensatz zum geklagten inneren Konflikt äußerlich affektloses Wesen. Gewichtszunahme, psychisch nicht erhebl. verändert entl.

4. Paranoide Persönlichkeiten:

Fall 32: K. Gl., 51 J., led., Schneiderin. 24. 1. bis 20. 3. 29. Prozessiert weg. Motorlärmes vor ihren Fenstern u. eines — schon 3 Jahre toten — bissigen Hundes mit dem Hauswirt bzw. der Prozeßkosten mit d. Stadtrat. Allerhand Schmerzen. Hypertension. Viel körperl. Beschwerden. Blutdrucksenkg. durch Pacylkur. Keine Schizophrenie. Beruhigt durch Milieuveränderung u. Kur, aber sonst ungeh. entl.

5. Angst- und Zwangszustände:

Es können im allgemeinen nur solche Fälle hier behandelt werden, die leicht durch psychotherapeutische Methoden zu behandeln und lenkbar sind, also mehr die Neurosen dieser Art, als die in Psychosen übergehenden Formen; und zwar mehr deshalb, weil letztere oft zu auffällig und zu lästig für Mitkranke sind, als wegen der relativ seltenen Gefährlichkeit gegen sich und andere.

Patienten mit einfachen Angst- und Zwangsideen, die nach außen hin nicht so sehr hervortreten, z. B. Zwangsgedanken, Angstkomplexe, Phobien verschiedener Art, sind meist ganz gut hier einzufügen, schwerer die Erkrankungen, die mit auffälligen Zwangshandlungen und -Impulsen verbunden sind. Schon der Waschzwang und die Berührungsfurcht sind oft zu störend für ein meist aus leichten Nervenkranken zusammengesetztes Milieu. Eine Hei-

Digitized by Google

lungstendenz muß vorhanden sein, sonst müssen sie entlassen werden, da die Kurdauer hier eine beschränkte zu sein pflegt und viele dieser Kranken schließlich auch ambulant zu behandeln sind.

Die bekannten Beziehungen dieser Erkrankungen zum manisch-depressiven Irresein einerseits, bzw. zur Schizophrenie andererseits bedürfen immer besonderer Beachtung.

Beispiele seien folgende Fälle:

a) Einfache Angst- und Zwangsneurosen:

Fall 33: E. M., 25 J., Näherin. 17. 7. bis 22. 11. 30. Hartnäckige Platzangst, verschlimmert im Anschluß an sexuelles Erlebnis. Trotz analytischer Erklärung keine Heilung. Hypnose bessert vorübergehend, starke Gewichtszunahme, gebess., aber nicht arbeitsf. entl.

Fall 34: G. J., 31 J., Mechaniker, verh. 10. 6. bis 3. 8. 29. Weit herumgereist. Masturb. Ej. präc., Interruptus. Vor Jahren Erstickungsgefühl u. Angst beim Versuch, Erbrechen zurückzuhalten. Seit einem Verwandtenbesuch Juli 1928 Angst, sich zu verschlucken. Muß mit kleinen Bissen allein essen. Schlundkrämpfe. Aufklärung, daß er Luftschlucker sei, u. üb. seine Sexualität. Zuletzt Hypnosebehandlg., arbeitsf. entl.

Fall 35: E. St., Modistin, 46 J. 13. 10. bis 7. 12. 30. Seit 37. Jahr allmähl. Waschzwang. Beklemmungszustände nach fünf Todesfällen i. d. Familie. Vor fünf Woch. durch Hund angefallen. Furcht, tollwütig zu werden. Waschsucht, Berührungsfurcht. Sehr verschlossen, allmähl. freier, gebess. in speziell-psychoanalytische Behandlg. entl.

Fall 36: H. S., 35 J., Ehefr. 7. 9. bis 31. 10. 31. Scheu veranlagt. Verschlimmerg latenter Angst- u. Zwangsideen nach einem Autozusammenstoß, bei dem ein Mädchen überfahren wurde, wobei sie Zeugin war. Gefühl, etwas »wegschubsen zu müssen«, kann scharfe Gegenstände nicht ersehen, ängstl. Träume von Überwältigtwerd. durch wilde Tiere u. s. f. Furcht, die Gedanken zu verlieren. Ehemann kümmert sich nicht um ihr Seelenleben, ist robust u. derb. Besserung durch analytische Behandlg. u. Aufklärg. d. Ehemannes.

b) Zyklisch auftretende Zwangsimpulse, schizoider Einschlag:

Fall 37: 45 J., Buchhalterin. 17. 2. bis 30. 4. 30. Stark nervös belastet. Begabt. Ängstl. von Natur. Gewitterfurcht. Seit 22. Jahr Drang zum Fortlaufen, Gefühl v. Gedankenentzug, Zwang, zum Fenster herunterzuspringen, Schlaflosigkeit. Rückfall mit 30 J. in ders. Form. Dann Ruhe gehabt bis vor $1^1/_2$ J. Zwang, ins Wasser zu springen, mußte Bilder mit Darstellungen v. Wasser v. d. Wand nehmen, um nicht daran denken zu müss. Weiß, daß sie nicht ins Wasser springt, wird v. d. Gedanken aber sehr gepeinigt. Zwang, Geschwister zu schlagen, auch d. Schwester ein paarmal a. d. Hals gesprungen; hinterher Reue. Blepharospasmus. Roborierung, Bäder usw., analyt. Beh. Klimakton. Gut. Erfolg, erwerbsf. entl., seither rezidivfrei.

Fall 38: K. R., 35 J., Monteur. 13. 1. bis 9. 2. 30. Viel im Ausland gewesen, auf sich selbst angewies. Von jeher etwas Sonderling. Muß sich Gesichter v. Bekannten verzerrt denken, grübelt über entfall. Namen nach. Zwangsgedanke: Schaufenster eintreten zu müssen. Gefühl, als hätte

Digitized by Google

er fortw. Klemmer auf d. Nase. Grübelt nachts stundenlang, dabei angebl. »Gedanken sehr scharf«. Nach Kur erwerbsf. entl.

Fall 39: O. M., Schlosser, 37 J. 27. 12. 27 bis 18. 2. 28. Grübelt viel. Fühlt jede Falte v. Hose u. Hemd u. muß sich fortw. zurechtrücken. Unsicherheit, verlegt Gegenstände. Gedanken manchmal »wie abgeschnitten«. Angst vor Wäschewechsel. Trägt Leibriemen statt Hosenträger, weil sonst Gefühl, ein Bein sei kürzer. Daneben Kampf um Kriegsrente, bisweilen Suizidideen, ungebess. entl. Später in Landesanst. aufgen.

c) Zyklisch auftretende Zwangsimpulse, manisch-depressive Züge:

Fall 40: K. R., 36 J., Stütze. 21. 9. bis 4. 11. 31. In der Kindheit Mu. verloren, verantwortl. für jüngere Geschwister u. zeitig aufstehen müssen, Angst, mit d. Haaren nicht in Ordng. zu sein. Später mehrfach endogene depressive Attacken, einmal Suizidversuch m. Gas. Bei den Depressionen immer Zwangsgefühl, Haare stecken zu müss.; seit einigen Mon. wiederum ders. Zust., wurde mit nichts mehr fertig, gab desh. gute Stellg. auf, darauf Verschlimmerg. d. Depress. Halstik. Analyt. Behandlg. führte die Zwangshandlungen auf d. Kindheitserlebnis zurück, erzielte rasch Besserg. unter Nachlaß d. Depress., die auch nicht wiederkehrt, als kurz vor Entlassg. eine ihrer Schwestern stirbt. Leider bald Rezidiv.

d) Schizophrenieverdächtige Zwangsneurose:

Fall 41: E. N., 28 J. 11. 10. 26 bis 11. 2. 27. Verh., 1 Kind. Furcht, v. d. Schwiegermutter mit Bitterkleesalz vergiftet zu werden. Ißt auch hier aus Vergift.-Furcht Semmel, Brot, Obst usw. nur mit Messer u. Gabel. Faßt Wasserhahn u. Türklinken mit Papier u. Lappen an. Depressiv, negativistisch. Berührt ihre Lippen nicht m. d. Händen. Gibt keine Hand, bürstet Hände lange. Furcht vor Ansteckg. auf d. Klosett. Autismus. Kein Interesse für ihr Kind. Lehnt d. Mann ab. Nur körperl. erholt entl. Bei spät. kurzerer Beobachtg. 1928 unverändert.

6. Syphilitische Psychosen

wurden hier nur ganz vereinzelt versuchsweise aufgenommen, um durch Blut- und Liquoruntersuchung die Diagnose festzustellen bzw. den Beginn einer Heilfieberkur einzuleiten. Da wir hier keine Wache haben, können wir uns auf die Durchführung der Heilfieberkuren mit Malaria und Rekurrens sonst nicht hier einlassen, zumal dabei immer unerwartete akute Verschlimmerungen der Psychose eintreten können. In Frage kommende Fälle wurden stets nach der Landesanstalt Sonnenstein verlegt (dies haben wir auch gelegentlich öfters im Einverständnis mit den betreffenden Patienten bei Tabes- und Lues-cerebri-Fällen getan, um sie nach Ablauf der Heilfieberkur wieder herunterzunehmen; nur Neosaprovitan- und Pyriferkuren haben wir bei den letzteren Erkrankungen in der Anstalt durchgeführt).

7. Psychische Veränderungen bei Encephalitis epidemica:

Seelische Störungen nach Encephalitis epidemica und zwar nicht die akuten Verwirrungszustände oder Delirien, wie sie initial

Digitized by Google

beobachtet werden und stets wachbedürftig sind, sondern in Form der postenzephalitischen Charakterveränderungen besonders Jugendlicher bzw. in Form der Pseudoneurasthenie kamen hier öfters zur Beobachtung. Allerdings pflegen die bekannten Charakterveränderungen meist nach kurzer Zeit hier Schwierigkeiten zu machen, so daß wir öfters genötigt waren, solche Patienten nach kurzer Zeit wieder zu entlassen, wie ja auch sehr ausgesprochene Parkinsonismen einen furchterregenden Eindruck auf ängstlichere Gemüter in der Nervenheilanstalt auszuüben pflegen. Die Psychagogik dieser Zustände in einer relativ wenig streng gehaltenen Umgebung ist schwierig, die Beziehungen zum Mitkranken ergeben öfters Kollisionen infolge Allotria, Eigensinnigkeiten, Taktlosigkeiten, Drängeleien. Immerhin haben wir öfters eine zeitlang derartige Persönlichkeiten hier mit behalten und beobachtet.

Fall 42: J. H., 20 J., Realgymnasiast, später Handlungsgehilfe. 25. 1. bis 29. 4. 22 u. 31. 5. bis 13. 7. 23. In der Schule zurückgekommen, Klagen üb. Energielosigkeit, Hemmung, Merkschwäche. Lebhaftes Genesungsbedürfnis. Erst geringe Steifigkeit, später leichter Parkinsonismus, Zwangslachen, schnappende Mundbewegungen. Zahlreiche hypochond. Klagen: Ticken, Knistern im Kopf, Halsbeschwerden, Parästhesien i. Rachen u. Luftröhre, zeitweise mangelhafter Schlaf. Nur vorübergehend symptomatische Besserungen.

Fall 43: M. Z., 22 J., Ehefrau, 3. 3. bis 12. 4. 30. Mäßiger Parkinsonismus, früher 1 Abort, 1 Kind. Schreibt viel, kauft sich Leckereien, gereizt, weinerlich, Taktlosigkeiten, Reibereien, drängelnd. Ungebess. entl.

Fall 44: D. Pf., 29 J., Ehefrau. 5. 8. bis 24. 9. 30. Geringer Parkinsonismus. Lues latens. Blickkrämpfe u. Lidkrampf, Zwangslachen. Desequilibriert, Klagen v. großer Unbeständigkeit, Heimweh, Drängen, Zank, Beziehungs- u. Beeinträchtigungsideen. Somat. durch hohe Atropindos. gebess. entl.

Fall 45: E. Sch., 30 J., Kontoristin. 11. 9. bis 24. 10. 31. Akute Erkrankg. 1924, von L. V. Anst. eingewies. Blickkrämpfe u. Blepharospasmus, leichter Parkinsonismus. Affektlabil, Extravaganzen, starke homosexuelle Züge, auch heterosexuelle Tendenzen, Erlebensdrang, Zudringlichkeit, unnütze Geldausgaben, Albernheiten (Differenzen m. Forstverwaltg. wegen Abreißens v. Zweigen u. dgl.). Impulsivitäten, angebl. gute Vorsätze bei fortw. Rückfälligkeit u. Verschlagenheit. Besserung d. körperl. Symptome durch hohe Atropindosen. Charakterveränderung unbeeinflußbar, entl.

8. Epilepsie

ist für die Aufnahme in der Anstalt ausgeschlossen, doch schleichen sich hin und wieder einmal Petit-mal-Fälle bzw. leichte epileptische Charakterveränderungen hier mit ein.

Fall 46: K. L., 35 J., Näherin. 25. 9. bis 31. 10. 31. Eingewiesen als Erschöpfungszust. Zunächst uncharakteristische Anamnese, etwas auffällig ein früherer Verwirrungszust. angebl. nach körperl. Erkrankg. Bibelforscherin, Klagen über allgem. nervöse Störungen. Zunächst ruhig, absurde hypochondrische Klagen, bald eigenartig gespreizt; Geltungssucht,

Digitized by Google

Rechthaberei, Nörgelei u. Streitsucht, Frömmelei fanden ihre Erklärung durch auftretende epilept. Anfälle, die alsdann allerdings in Form kleiner bez. sehr seltener größerer Anfälle seit 1919 zugegeben wurden, aber weder der Pat. noch der Mutter und den bisherigen Ärzten der Pat. der Natur nach bekannt waren. Ungeeign. entl.

Andere psychotische Zustände kommen, von vereinzelten leicht Debilen und Störungen bei organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems (z. B. multipler Sklerose u. desgl.) kaum in Frage.

Es schien zweckmäßig, einmal die Behandlungsmöglichkeit leichter psychotischer Zustände in einem offenen Anstaltsmilieu, wo auch organisch und rein funktionell Nervenkranke aufgenommen werden, auf Grund hier gewonnener Erfahrungen besonders herauszuheben und vor allem auch die Grenzen zu zeigen, die der offenen Anstaltsbehandlung in dieser Form gesetzt sind. Als Anhaltspunkt für die Einweisung geeigneter Kranker ist diese Zusammenstellung gewiß nicht unwillkommen, da wir ja öfters sehen, daß die Ärzte, die uns Patienten zusenden wollen, über den Charakter der Anstalt nicht so genau unterrichtet sind.

Jedenfalls ist für viele der gedachten Kranken eine solche Heimbehandlung, in der auch klinische Arbeit geleistet werden kann, ein adäquates Unterkommen. Die praktisch-wissenschaftliche Auswertung wird auf Anregung von Anstaltsdirektor *Nitsche* durch monatlich meist mehrmals abgehaltene Demonstrationen im Kreise der Kollegen der Landesanstalt noch weiter gefördert, dabei wird besonderer Wert immer auf die Besprechung der Grenzzustände gelegt. Die größere Zahl der hier kurz beschriebenen Fälle ist z. B. hierbei mit zur Vorstellung gelangt. Auch Fälle aus dem Ambulatorium werden zu diesen Besprechungen herangezogen.

So lebt der Gedanke *Ilbergs*, ein Bindeglied der Anstaltspsychiatrie mit der praktischen Neurologie und der Psychiatrie der Übergangsfälle zu schaffen, am Sonnenstein weiter, und das Maria-Anna-Heim gedenkt am 7. April 1932 in besonderer Dankbarkeit und Verehrung seines ärztlichen Gründers.

Digitized by Google

(Aus der Landesheilanstalt Haina. Direktor: Landesobermedizinalrat Dr. *Wickel*.)

Zur pathologischen Anatomie der Psychosen.

Von

Dr. **R. Spaar.**

Von berufener Seite nicht zuletzt von *Ilberg* ist immer wieder darauf hingewiesen worden, welch reichliches Material in den Heil- und Pflegeanstalten eingehender wissenschaftlicher Bearbeitung harrt. Die damit zusammenhängenden Einzelfragen sind schon so ausführlich erörtert worden — ich verweise nur auf *Ilbergs* Veröffentlichung in der M. M. W. Nr. 25 vom 24. 6. 1927 — daß es sich erübrigt, hier noch einmal die einzelnen Gedankengänge zu betonen. Dem Bestreben, die wissenschaftliche Arbeit und Erkenntnis in den Heilanstalten zu fördern, dient mit die pathologisch-anatomische Betrachtungsweise, welche jederzeit und überall *Ilbergs* weitgehende Förderung erfahren hat. Wenn man sich dabei vor Augen hält, daß die Lösung großer wissenschaftlicher Probleme immer Aufgabe der eigentlichen Forschungsinstitute und Kliniken sein wird, so wird man die nötige Begrenzung gegeben finden. Man könnte der Gesamtfragestellung mannigfache Gesichtspunkte abgewinnen, ich werde sie weiter unten noch streifen. Heute möchte ich nur einen kleinen Beitrag zu dem in Rede stehenden Thema liefern.

Es handelt sich bei den hier erhobenen pathologisch-anatomischen Befunden stets um männliche Kranke. Aus dem großen Kreis der seelischen Erkrankungen greife ich zunächst einige Fälle idiopathischer Epilepsie heraus.

Fall 1. E. Gl. geboren am 6. September 1905. Beginn des Leidens mit 6 Jahren. Schlechter Schüler. Mehrfach wegen Krämpfen in Anstalten. Aufnahme in H. 1929. Typische epileptische Schwindel, Äquivalente, schwere Krampfanfälle; ausgesprochene epileptische Charakterdegeneration mit starker intellektueller Schwäche. Am 10. März 1931 abends gegen 10 Uhr im Bett kurzer epileptischer Anfall, liegt auf der Seite, Kopf frei. Der hinzutretende Pfleger kann nur kurze Atembewegungen feststellen. Tod.

Leichenbefund: Starke Zyanose des Kopfes und Halses, ausgesprochene Totenflecke. Hyperämie der Kopfschwarte, der Hirnhäute. Überall flüssiges Blut. Flohstichartige Blutungen in der Pia. Zunahme der Compakta des Schädeldaches. Hirngewicht 1410 g. Allgemein verschmälerte Windungen, bei tiefbraunroter Rinde zahlreiche abspülbare Blutpunkte

Digitized by Google

im Mark und in den Zentralganglien, dunkelblaurote Adergeflechte. Hypophyse groß, auffallend dunkelblaurote Fleckung im Bereich des Vorderlappens. Im Kehlkopf, in der Luftröhre und in den Hauptbronchien schleimig-zäher Speisebrei, welcher die Luftröhrenäste völlig verstopft. Derselbe Brei im Magen.

Mikroskopischer Befund. Diffuse Zellockerung in der Rinde neben unregelmäßigen Zellausfällen in der Nähe von Gefäßen, ihrer Zahl nach besonders auffallend in der 3.—5. Schicht. Die Nervenzellen der Rinde häufig geschrumpft, klein. Vermehrung der kleinen dunklen Gliakerne in der Rinde und im Mark. Die Kapillaren überall stark mit Blut gefüllt. Die Gefäßwände kernreich, in ihren Zellen und Lymphräumen reichlich gelbgrünes Pigment. Deutliche, aber nicht überall gleichmäßige Verdichtung der Randglia. Starke Fettablagerung in den Zellen der Rinde, ferner in den Gefäßwandzellen. Im Ammonshorn ausgesprochene Auflockerung des Stieles des Endblattes. Deutliche Verödung des Sommerschen Sektors. Unregelmäßige, manchmal scharf umgrenzte, blasse Herde in der Nähe von Kapillaren im Bereich des breiten Bandteiles. Oft nur noch blasse Schatten von Nervenzellen mit dunklem eckigen Kern neben verschmälerten, scharfkantigen Zellbildern. Die Glia ist nur in geringem Umfange vermehrt, es finden sich neben blassen Gliakernen kurze, stäbchenförmige Elemente! Starke Vermehrung der Randglia im Bereiche des ganzen Ammonshornes; Vermehrung der Faserglia im Endblatt. Im Kleinhirn findet sich eine Auflockerung und Verschmälerung der Körnerschicht mit Vermehrung der Bergmannzellen, partieller Schwund von Purkinjezellen, Vermehrung der Glia in Form kleiner, dunkler Kerne neben blassen, mit feinen Ausläufern versehenen Zellelementen. Unregelmäßige Nervenzellausfälle im Nucleus dendat.; hier neben zahlreichen, großen, blassen Gliakernen, spindelförmige Elemente, Gliafaservermehrung mäßigen Grades, starke Pigmentanhäufung in den Lymphräumen der Kapillaren. Im Bereich der Oliven sind die Zellveränderungen noch ausgesprochener. Hier finden sich zahlreiche Zellausfälle, häufig auf den Windungshöhen, oft in nächster Nähe eines parallel zur Windung ziehenden Gefäßes. Man sieht auch hier zahlreiche, geschrumpfte, blasse Nervenzellen mit dunklem Kern neben solchen, welche sich kaum noch von der Umgebung abheben. Die Faserglia ist weitgehend vermehrt im Bereiche der Oliven. Es finden sich stellenweise zahlreiche Stäbchenzellen neben größeren blassen und kleineren dunklen Gliakernen. Der Hypophysenvorderlappen, welcher größtenteils aus eosinophilen Zellen zusammengesetzt ist, zeigt eine enorme Stauung in den Kapillaren, durch welche die Epithelschläuche erheblich auseinander gedrängt werden. In der rechten Hälfte des Vorderlappens eine senkrecht zur größten Breite gestellte Blutung. Stauung der Gefäße im Hinterlappen. Enorme Eisenablagerung im Bereich des Hinterlappens, sowohl diffus im Gewebe des Hinterlappens, als auch in länglichen Zellen. Wirbelstellung mit starker Eisenablagerung an den gliösen Elementen; selbst die Kapillaren sind mit blauem Eisen so stark gefüllt, daß sie wie kleine Würmer hervortreten. Die Schilddrüse zeigt zahlreiche kleine Follikel mit reichlichem eosinophilem Kolloid, Stauung in den Kapillaren. Leberstauung mäßigen Grades mit starker Verfettung der zentralen Läppchenanteile und der Kupferschen Sternzellen.

Fall 2. G. M. geboren am 30. Mai 1887. Starke erbliche Belastung.

Digitized by Google

Erkrankt mit 21 Jahren mit Petit mal-Anfällen, rasche Zunahme der Zahl und Schwere der Anfälle. Schließlich zahlreiche Serienkrampfanfälle. Innerhalb von 4 Jahren nach Beginn der Erkrankung ausgesprochene epileptische Charakterentartung mit besonders starker Betonung der Reizbarkeit und Neigung zum Querulieren. Starke intellektuelle Einbuße. Am 21. Oktober 1930 gegen 18,15 Uhr, als Patient ruhig am Tisch sitzend anderen Patienten bei Spielen zusah, kurzes Aufschreien, Zucken mit den Armen, geringes Erbrechen dünner Suppe, Tod.

Die Leichenöffnung ergab äußerlich fast denselben Befund wie in Fall 1, nur ist die Zyanose geringer. Auch hier Verlegung der Luftröhrenäste durch Mageninhalt. Hirngewicht: 1400 g, ausgesprochen massives Schädeldach.

Mikroskopisch: Im Gehirn geringe Schrumpfungsprozesse an den Nervenzellen in diffuser Ausbreitung. Auffallende Lockerung und Zellausfall in der 2. und 3. Rindenschicht. Seltene kleine Herde mit Verflüssigung der Nervenzellen. Dagegen starke Verfettung der Nervenzellen und der Gefäßwandelelemente im ganzen Gehirn. Verödung des Endblattes in stärkerem Grade als in Fall 1. Verödung des Sommerschen Sektors neben ischämischen Herdchen in der Nähe kleinster Gefäße. Letztere häufig leer, manchmal mit blaßbläulichem homogenem Inhalt gefüllt. Deutliche Verfettung der Nervenzellen im Bereich des Ammonshornes, mäßiger fixer Abbau. Ausgesprochene feintropfige Herzmuskelverfettung, in der Leber mäßige Stauung mit deutlicher Verfettung der zentralen Leberläppchenteile.

Diesen beiden Fällen füge ich einen weiteren hinzu, welcher einen außerordentlich schweren Befund aufwies.

Fall 3. H. H. geboren am 8. August 1887, deutliche erbliche Belastung, erkrankt im 15. Lebensjahr. Mit 20 Jahren bereits schwere epileptische Charakterentartung. Auffallend starke Erotisierung. Sehr starke Intelligenzschwäche, später sehr reizbar. Schwere verhältnismäßig seltene Anfälle. Schlägt am 15. März 1931 in einem schweren Anfall mit der linken Stirnseite auf das Pflaster, Blutung aus der Nase, unter das linke Augenlid; auf die Dauer einer Stunde bewußtlos, danach mehrere leichte Krampfanfälle, zunehmende Bewußtlosigkeit, Tod 11 Stunden nach dem ersten Anfall.

Leichenbefund: Bruch der linken vorderen Schädelgrube, Einriß der a. mening. med., fast handtellergroßes Hämatom der Dura mater, welches die hinteren Abschnitte der 2. und 3. linken Stirnwindung, die untere Hälfte der linken Zentralwindungen und die vorderen Teile der linken 1. und 2. Schläfenwindung muldenförmig eingedrückt hat. Blutige Zertrümmerung des linken Schläfenlappenpoles im Umfange eines Dreimarkstückes, ebenso des linken Stirnpoles in etwa gleicher Größe, des rechten Stirnpoles etwa im Umfang eines Einmarkstückes und in geringerem Umfange auch des rechten Schläfenpoles. Die blutigen Zertrümmerungen begreifen fast die ganze Tiefe der Rinde ein; man sieht unter diesen Infarzierungen reihenweis gestellte spritzerförmige Blutungen im subkortikalen Marklager. Blutungen in die Pia an der Mantelkante, feinste Blutaustritte im Bereich des rechten Hinterhauptlappens, erbsengroße Blutung im Bereich der rechten dorsalen Brückenhälfte, Blutaustritte in der Substantia nigra und in den tieferen Abschnitten der Brücke.

Digitized by Google

Mikroskopischer Befund: Im Bereich der blutigen Zertrümmerungen sind die obersten Rindenschichten vollständig untergegangen, in der tieferen Rinde sind die Nervenzellen fast kaum noch auszumachen. Hier sind ab und an Ganglienzellen eben noch an ihren ganz blassen Konturen, manchmal mit einem auffallend blassen und großen Kern zu erkennen. Häufig sind diese Konturen mit gelbgrünen Trümmern besetzt. Spritzerförmige Blutaustritte aus kleinen Gefäßen, daneben aber eine blasse starke Auflockerung des gesamten Grundgewebes und in ihm auf weite Strecken nach der Tiefe des Markes zu, mit Blut gefüllte Gefäße, in welchen sich dichte Ansammlungen weißer Blutkörperchen manchmal wallartig oder ringartig angeordnet finden. Um diese Gefäße erhebliche Auflockerung des Gewebes mit schlechter Färbbarkeit, teilweise mit Auswandern reichlicher weißer Blutzellen. Manche Blutungen sind wieder konzentrisch um eine in der Mitte liegende, anscheinend zusammengepreßte Arterie gestellt, deren Wand teilweise verfettet ist. Die Blutaustritte in der Brücke gleichen den beschriebenen auf ein Haar. Hier findet man aber keine spritzerförmige Hämorrhagien, sondern wie eben beschrieben, gestaute kleine bis mittelkalibrige Gefäße, um welche herum Blut in das aufgelockerte Gewebe eingedrungen ist. Im Ammonshorn vereinzelte kleine Blutaustritte.

Im Bereich der äußerlich intakt erscheinenden Rinde finden sich auch hier wieder neben chronisch veränderten Nervenzellen unregelmäßige, scheinbar gefäßabhänge Zellichtungen in der 2. bis 5. Schicht. Daneben aber auch bandförmige, manchmal quergestellte, manchmal unregelmäßig verlaufende Erbleichungen. Die Gliareaktion ist überall gering. Im Ammonshorn deutliche Verödung des Endblattstieles — die stärkste von den 3 Fällen. Unregelmäßige Herdausfälle im resistenten Bandteil, ausgesprochene Verödung im Sommerschen Sektor. In den herdförmigen Ausfällen zahlreiche, blasse und sich verflüssigende Ganglienzellen. Stark vermehrte Gliafaserbildung im Endblatt und im Bereich des Sommerschen Sektors. Ausgesprochene Verfettung der Nervenzellen im Bereich des Ammonshornes. Im Bereich der Rinde ist die Fettablagerung in den Ganglienzellen nicht überall gleichmäßig stark. In den hinteren Abschnitten der Stirnwindung ist sie ziemlich ausgesprochen. Zellausfälle im Bereich der Oliven mit deutlicher unregelmäßiger Gliavermehrung. Starke Gliafaserbildung auch hier.

Fasse ich die 3 Fälle kurz zusammen, so sieht man in zweien von ihnen, daß das Leiden zeitig begonnen hat; in allen 3 Fällen war die Charakterdegeneration eine sehr ausgesprochene. Sie hat sich sehr rasch entwickelt und zeigte in Fall 2 und 3 eine deutliche Betonung einzelner Komponenten. Die Krampfanfälle waren vorzugsweise in allen 3 Fällen sogenannte Serienanfälle. In Übereinstimmung mit vielen Literaturangaben ist das Hirngewicht der hier angeführten Epileptiker deutlich über das Durchschnittsgewicht hinausgegangen. Ebenso finden sich sonst in den vorliegenden Fällen die somatischen Merkmale, welche immer wieder bei genuinen Epileptikern beschrieben worden sind.

Mikroskopisch sind die Befunde weitgehend übereinstimmend. Der Fall 3 hat seine Besonderheiten, auf die ich noch zu

Digitized by Google

sprechen komme. Chronische Zellveränderungen neben akuten, ischämischen Zerstörungen, unregelmäßige, lockere, herdförmige Zellausfälle neben bandartigen zusammenhängenden Erbleichungen. Befunde, welche wir immer wieder bei Epileptikern, besonders wenn sie im Anfall gestorben sind, aufstellen können. Der vasale Faktor, welcher besonders nach Untersuchungen von *Spielmeyer* bei der Entstehung vor allem der Erbleichungen eine ausgesprochene Rolle zu spielen scheint, wird hier noch unterstrichen durch die Tatsache, daß die beiden ersten Fälle an Erstickung zugrunde gegangen sind. Es ist kein Zweifel, daß der plötzliche Luftabschluß eine außerordentlich starke Belastung der Regulationsmechanismen des Blutumlaufes im Gehirn bedeutet, und ich möchte meinen, daß hier eine Addition von Umständen eingetreten ist, welche zu den festgestellten Schädigungen führte. Auffallend ist auch die sonst in der Literatur immer wieder betonte Fettablagerung in den Nervenzellen und in den Gefäßwandelementen. Daneben besteht aber, wie wir vor allen Dingen in dem Fall 2 feststellen konnten, eine ganz ausgesprochene Verfettung der parenchymatösen Organe. Diese Koinzidenz ist doch außerordentlich auffallend. Man sollte meinen, daß in dieser Gemeinsamkeit vielleicht doch der Ausdruck einer gemeinsamen Schädigung zu suchen ist, auf welcher die Krankheit Epilepsie, mindestens aber die Anfälle sich aufbauen. Wie weit sich die durch die Erstickung gesetzten Störungen auswirken können, sieht man ja an der Blutung in den Hypophysenvorderlappen, bei welcher ich aber eine Blutung auf ischämischer Grundlage im Sinne *Beneckes* ablehnen möchte (Fehlen der Zellschädigung usw.). Die ersten beiden Fälle weisen aber auch eine wesentliche praktische Seite auf. Sie sind alle beide im Anfall erstickt, aber nicht etwa »beim Essen«, sondern stundenlang hinterher. Es kann also der Epileptiker noch lange nach abgeschlossener Mahlzeit dadurch zu Tode kommen, daß regurgitierter Speiseinhalt aspiriert wird. Wird also ein Epileptiker, was schon öfters vorgekommen sein mag, tot im Bett gefunden, so muß nicht Erstickung in den Kissen beim Anfall infolge nachlässiger Aufsicht die Ursache des Todes sein. Der Kranke kann auch auf die eben näher erörterte Weise zu Grunde gegangen sein.

Der Fall 3 fällt etwas aus dem Rahmen des Ebenbesprochenen heraus. Das Nebeneinander von mehreren man möchte sagen konkurrierenden und wichtigen Umständen erschwert die Beurteilung ganz erheblich. Der Krampfanfall als solcher, die contusio, compressio und allem Anschein nach auch die einstündige commotio wirken mannigfach zusammen. Abgesehen von den schweren blutigen Zertrümmerungen sehen wir vielfache Vorgänge am Gefäßsystem sich abspielen. Von der einfachen Zerreißung an bis zur Stase und zur ödematösen Erweichung der Umgebung sehen wir

Digitized by Google

alle Übergänge auch in den Teilen des Zentralnervensystems, welche vom primären Einwirkungsherde der Gewalt (im weitesten Sinne) recht entfernt sind. Daß traumatische Einwirkungen in so erheblichem Umfange wie hier aber auch in der Lage sind einfache Gefäßspasmen hervorzurufen mit nachfolgender ischämischer Nekrose, dürfte auf der Hand liegen (*Benecke* u. a.). Daß die durch Gefäßspasmen- und Stase größtenteils bedingten Veränderungen sich auch entfernt von dem Angriffspunkt der Schädigung einstellen können, sehen wir hier in ganz deutlicher Weise an den Befunden in der Brücke.

Wenden wir uns zu einer anderen Form der psychischen Erkrankungen.

Fall 4. P. E. geboren am 20. Februar 1888, keine erbliche Belastung. Kindheit und Jugend o. B. War angeblich dreimal verheiratet. Über Fehlgeburten nichts bekannt. In der ersten Ehe 5, in der zweiten Ehe 1 Kind, in der dritten Ehe 2 Kinder. Außerdem aber noch mehrere außereheliche Nachkommen. Infektion unbekannt. 1926 erkrankt mit zunehmenden Kopfschmerzen. 3 Jahre später in die Nervenklinik M.

Diagnose: Progressive Paralyse, euphor. (hypomanisches) Zustandsbild. Somatisch für Paralyse typischer neurologischer Befund.

Wa. R. im Serum und im Liquor +
Goldsol: Paralysekurve
Zellen: 947/3
Nonne-Apelt: +
Eiweißvermehrung ++

Psychisch: Euphorisch, unruhig, dann wieder zufrieden und freundlich. Distanzlos. 19. Juni 1929 Beginn einer Malariakur von im ganzen 11 Anfällen. Wurde ruhiger, blieb aber distanzlos. Die Euphorie ist bei der Entlassung am 6. September 1929 3 Monate nach Beginn der Behandlung im wesentlichen abgeklungen. Die Besserung ging soweit, daß der Kranke bis August 1930 zu Hause sein konnte. Ende Juli 1930 zunehmende und rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Nahrungsverweigerung, Suizidgedanken, Selbstmordversuche. Am 18. August 1930 Aufnahme in H. Ruhig, geht planlos herum, stark verlangsamte Auffassung, massive Intelligenzdefekte auf allen Gebieten, Urteilsschwäche, starke Merkfähigkeitsstörung.

Somatisch: Typisch paralytische Sprachstörung, deutliche reflektorische Pupillenträgheit bei Anisokorie und entrundeten Pupillen.

P. S. Reflexe li. = r. = fehlen
A. S. Reflexe li. = r. = fehlen
Wa. R. im Serum: = negativ
Wa. R. im Liquor: = negativ
Meinicke im Liquor: = negativ
Nonne-Apelt: = Trübung.

Erneute Malariaimpfung: Fiebert einmal bis 38,5 und nicht wieder trotz verschiedenfacher provokatorischer Maßnahmen. Tod am 5. Oktober 1930, nachdem der Kranke schon eigentlich seit seiner Aufnahme trotz genügender Nahrungszufuhr immer außerordentlich kachektisch gewesen war.

Digitized by Google

Leichenbefund: Chronische Leptomeningitis, allgemeine Hirnatrophie mit Betonung des Prozesses im Stirnhirn. Hydrocephalus int. und ext. Ependymitis granularis, auffallend, fleckige Zeichnung der Zentralganglien. Hirngewicht: 1300 g.

Mikroskopisch: Im Nisselbild deutliche architektonische Störung in der Rinde, vor allem im Stirnhirn und beiderseits im Schläfenlappen. Geringe Infiltrate in der Pia; vereinzelte lymphozytäre Infiltrate in ganz mäßigem Umfange um lange Rindengefäße. Die Rinde macht im allgemeinen bis auf vereinzelte, mehr herdförmige und in der Tiefe der Windungen gelegene Bezirke einen durchaus gereinigten Eindruck. In diesen Bezirken finden sich aber ganz erhebliche, dichte, mantelförmige aus Lymphozyten bestehende Gefäßinfitrate, welchen höchst selten einmal Plasmazellen beigemengt sind. Deutliche Gefäßvermehrung. Auch kleinere Gefäße beteiligen sich an dieser Erscheinung. Während die Nervenzellen in den gereinigten Teilen der Rinde größtenteils geschrumpft, eckig und dunkel erscheinen, finden wir in den entzündlichen Herden reichlich Auflösungserscheinungen, Zellschattenbildung. Die Glia, vornehmlich die Hortegaglia ist in den Entzündungsstellen stark vermehrt; letztere zeigt große, weitverästelte Elemente. Die Gefäße enthalten in ihren adventitiellen Elementen Eisen. Manchmal erscheint auch das ganze Gefäßlumen von blauen Massen ausgefüllt. Im Bereich der besprochenen Herde finden sich Spirochäten, manchmal 3—5 im Gesichtsfeld. Im corpus striatum sind die entzündlichen Erscheinungen eigentlich noch ausgesprochener als in der Rinde. Die kleinen, sowie die großen Nervenzellen sind zum Teil zugrunde gegangen.

Daneben zeigen Kapillaren und Präkapillaren ausgesprochenes Granulationsgewebe im Sinne *Jakobs* in einem Umfange, daß manchmal der Eindruck erweckt wird, als ob das Gefäß durch dieses Gewebe völlig verschlossen sei. Auch im Thalamus opticus und im Bereich des corpus subthalamicum, ferner in der Substantia nigra, welche eine nennenswerte Auflösung ihrer Zellen nicht erkennen läßt, deutliche Gefäßinfiltrate. Außerordentlich stark ist die Verfettung der Nervenzellen, vor allem im Corpus subthalamicum, weiter findet sich eine ausgesprochene Degeneration der Hinterstränge.

Im vorliegenden Falle haben wir zweifellos ein schweres Rezidiv des paralytischen Prozesses vor uns; nach deutlicher, nicht ein ganzes Jahr dauernder serologischer und klinischer Besserung hat das erneute Aufflackern der Krankheit eingesetzt. In der Rinde, wie im Hirnstamm vor allem setzt der Prozeß erneut und lebhaft in einer für die Paralyse absolut typischen Art ein. Wenn man bedenkt, daß in einem ganzen Prozentsatz von Paralysen doch ein Gewebe nach Art des spezischen Granulationsgewebes an den Gefäßen gefunden wird (*Jakob* u. a.), so wird man die in unserem Falle erwähnte Bildung von kapillarem Granulationsgewebe kaum im Sinne einer Umkehrung der Gewebsreaktion nach der Seite der Lues cerebri ansehen dürfen. Der Kranke war, seitdem er in die hiesige Behandlung gekommen war, auffallend kachektisch und durch keinerlei Maßnahmen bei guter Eßlust in seinem Ernährungszustande zu fördern. Es liegt nahe, hier ur-

Digitized by Google

sächlich an eine starke Schädigung der Gebiete um den dritten Ventrikel zu denken, zumal wir ja auch hier eine außerordentliche Betonung des paralytischen Prozesses finden konnten.

Die Wa. R. im Liquor war zu Beginn der Erkrankung positiv, am Ende der Malariabehandlung wird eine weitgehende Liquorbesserung festgestellt, der Liquor wurde dann gänzlich negativ und blieb noch negativ, als das Rezidiv der Erkrankung bereits auf der Höhe seiner Ausbildung stand. Wir haben nur kurze Zeit einen Parallelismus zwischen klinischer und serologischer Besserung gehabt. Auch der histologische Prozeß scheint sich, wie aus den gereinigten Rindenstellen zu erschließen ist, an diesem Parallelismus zunächst beteiligt zu haben. Dann tritt aber eine große Inkonkruenz ein, der Liquorbefund bleibt negativ, die Paralyse schreitet bei positivem Spirochätenbefund rasch vorwärts. Das Negativwerden des Liquors war also nicht als verläßliches Kennzeichen für das Haltmachen des Prozesses anzusehen. Malariabehandelte Paralytiker müssen unbedingt systematisch in bestimmten Zeitabschnitten nach Beendigung der Behandlung klinisch und serologisch nachgeprüft werden.

Ein anderer Fall unserer Beobachtung soll uns zu einem weiteren Gebiet seelischer Erkrankung führen.

Fall 5. F. K. geboren am 18. Februar 1866. Aufnahme am 19. November 1927. Zwei Schwestern »geistesgestört«. Angeblich in der Jugend unauffällig. War immer ein fleißiger Arbeiter. Im mittleren Alter häufig Schnaps getrunken. Beginn der Erkrankung mit 59 Jahren. K. wurde vergeßlich, und diese Vergeßlichkeit verschlimmerte sich rapid, er beging verkehrte Handlungen, mußte seine Arbeit aufgeben. Mit 60 Jahren konnte er bereits nur noch verkehrte Antworten geben, er verlor die Erinnerung an sein Alter, an seine Familie und wurde zusehends stumpfer. Die Sprache wurde nach Ansicht der Angehörigen schwerfälliger, er antwortete auf Fragen meist immer dasselbe, oder völlig verkehrt. Schließlich las er nicht mehr und schrieb nicht mehr, gleichzeitig wurde der Schlaf, der bereits bei Beginn der Erkrankung schlecht geworden war, immer weniger, der Kranke konnte nachts keine Ruhe mehr finden, und es bestand in dieser Zeit neben einer ausgesprochenen Reizbarkeit eine deutliche depressive Gesamtstimmungslage.

Körperlich fand sich damals ein Zittern der Hände und eine langsame leicht lallende Aussprache. Der Kranke wurde unsauber. Ein Monat vor der Aufnahme in die hiesige Anstalt war ein Anfall von Bewußtlosigkeit mit Einnässen vorgekommen. Hier bot der Kranke das Bild eines auffallend stumpfen, stark gealterten Mannes, welcher auf wiederholte Fragen nichts antwortete und kaum irgendwelches Interesse an der Umgebung erkennen ließ. Nachts war K. außerordentlich unruhig und ohne Schlaf. Tagsüber saß er herum, kannte sich nirgends aus, fand sich nicht zurecht, konnte Gegenstände, trotzdem sie ihm mehrmals gezeigt und erklärt wurden, nicht mit Namen benennen. Vereinzelte Worte wie »Gute Nacht« brachte er noch hervor. Im Laufe der Beobachtung trat ein sinnloser Betäti-

Digitized by Google

gungsdrang hervor, z. B. er rieb und kratzte sich in einem fort im Gesicht. Sein Zustand verschlechterte sich rapid, er wurde immer hinfälliger, dabei außerordentlich widerstrebend, ängstlich. Statt zu antworten, stieß er manchmal eintönige, immer wiederholte Schreie aus, schließlich brachte er kein vernünftiges Wort mehr heraus. Meist lag er dann in gekrümmter Haltung im Bett, ohne sich zu rühren. Er faßte schließlich so gut wie nichts mehr auf und zeigte kaum irgendwelche spontanen Antriebe außer dem eben erwähnten zeitweiligen Reiben. Tod am 16. 11. 30.

Leichenbefund: Hirngewicht 1200 g. Starke Osteophytbildung am Schädeldach. Normale Zahl der Windungen. Ausgesprochene allgemeine Windungsatrophie mit einer leichten Betonung im Stirnhirn und der linken ersten Schläfenwindung. Vereinzelte kleine gelbliche Einlagerungen in die Intima der Basalgefäße. Sonst nirgends etwas von Arteriosklerosis, keine Erweichung. Zähe Hirnmasse. Arteriosklerose der Kranzgefäße, der Brust- und Bauchaorta. Braune Atrophie des Herzens, allgemeine Atrophie der Organe.

Mikroskopisch: Die Pia zeigt im ganzen eine deutliche, wenn auch nicht sehr starke hyperplastische Verdickung, ihre Gefäße sind kaum verändert, manchmal etwas kernarm, die Kerne selbst dunkel. Mit den Rinden und Markgefäßen verhält es sich ähnlich, sie zeigen im ganzen geringe und feintropfige Fettablagerung in den Wandelementen; daneben ganz spärlich ab und zu Fett in Gliazellen und Körnchenzellen im perivaskulären Lymphraum. Ab und an sieht man in den tieferen Rindenschichten verdoppelte Gefäßschlingen und Gefäßknäuel. Die Rinde selber ist vor allem im Stirn- und Schläfenlappen deutlich verschmälert. Die Rinde des Schläfenlappens, vor allem aber diejenige des Stirnhirns, zeigt deutliche zum Teil recht erhebliche Zellausfälle, welche vor allem die ersten beiden Schichten ausmachen, aber auch die 3. keineswegs verschonen. Die Zellen sind hier in einer diffusen Weise zugrunde gegangen. Auch die großen Pyramidenzellen der C. W. sind ganz erheblich gelichtet. Die restierenden erscheinen zum Teil völlig intakt mit klarer Nisslzeichnung und deutlichen Konturen von Kern und Leib. Die Alteration der 3. Rindenschicht ist am ausgesprochensten im Stirnhirn. Hier finden sich in den beiden obersten Schichten auch unregelmäßig gestaltete Ganglienzellen mit blassem Zelleib, in welchem sich ein entrundeter Kern nur unscharf gegen wabige Protoplasmalücken absetzt. Innerhalb dieser wabigen Protoplasmaanordnung findet sich ein gelbgrünliches manchmal deutlicheres, manchmal undeutlicheres Pigment. Namentlich im Gebiet des Schläfenlappens kann man manchenorts deutliche sackartige Ausstülpungen von gelb-grünlichem Pigment an den Nervenzellen erkennen. Die Nervenzellen der Rinde sind sonst meist geschrumpft, langgezogen, dunkel mit korkzieherartigen Fortsätzen. Die Gliazellen sind in der Rinde allenthalben stark vermehrt; im Hortegapräparat erkennt man, daß die Hortegazellen sehr zahlreich geworden sind, man findet in erster Linie kurzkernige, hirschgeweihartig verästelte Elemente. In den tieferen Rindenschichten und auch im Marklager sind in Stirn- und Schläfenlappen reichlich faserbildende Gliazellen meist in unregelmäßiger Anordnung um die Gefäße anzutreffen. Die Rinde zeigt einen dichten Gliafaserfilz fast an allen Läppchen als Deckschicht, welcher sich auflockernd, weit in die Tiefe (3. Schicht) hineinreicht. Im Striatum sind die großen Nervenzellen auf alle Fälle stark an Zahl reduziert, man

Digitized by Google

sieht meist nur bis zu 4 bei 80facher Vergrößerung im Gesichtsfeld, oft sind es auch weniger. Viele der restierenden Ganglienzellen sind mit gelblich-grünlichem Farbstoff in derselben Weise gefüllt, wie ich es oben für die nervösen Elemente der Rinde beschrieben habe; auch die spindelförmigen Pallidumzellen sind an Zahl im Gesichtsfeld deutlich vermindert. In der Substantia nigra findet man nur an ganz vereinzelten Stellen etwas melanotisches Pigment in Gliazellen, anscheinend frei im Gewebe und in den Wandelementen kleinster Gefäße.

Die Oliven zeigen in ihren Schenkeln unregelmäßige Zellausfälle mit einer weitmaschigen lockeren Gliakernvermehrung. Die Nervenzellen sind blaßblau bis rosa, meist mit abgerundetem und aufgeblähtem Leib, exzentrisch gestelltem Kern, kurz homogenisiert (*v. Braumühl*). Diese Form der Zellveränderung findet sich im Bereich der ganzen Olive rechts so gut wie links.

Was die Plaquebildung anlangt, so ist sie namentlich in Stirn- und Schläfenlappen links und rechts, aber auch im Hinterhauptslappen ganz außerordentlich stark, man findet in diesen Bezirken die Plaques in allen Schichten, eine Bevorzugung bestimmter Rindenschichten ist nicht zu erkennen. Sie haben meist Sternchenform oder Radspeichenform (*O. Fischer*). Wie die bizarren Speichen mancher Uhrrädchen sieht man mitunter Hortegazellen von ihnen ausstrahlen, bzw. sie umlagern. Diese Hortegazellen enthalten häufig recht dicke Fett-Tropfen und merkwürdigerweise vereinzelt auch Eisen (Turnbullfärbung), welches um den Kern dicke Knäuel bildet, die Fortsätze aber mit feinen staubförmigen Teilen erfüllt. Nirgends in Ganglienzellen konnte ich Eisen nachweisen, ganz vereinzelt lag es in den tieferen Rindenschichten in Gliazellen.

Das Fibrillenbild ist namentlich im Stirnhirn außerordentlich licht, die Fibrillenausfälle auch hier am stärksten. Bald zeigen sie die bekannte ringförmige, bald eine strähnige Anordnung, bald sind nur noch wenige klumpige Bröckel in der Zelle auffindbar.

Im Markscheidenbild sieht man eine erhebliche Reduzierung der Tangentialfasern aber auch in regelmäßiger Weise der Markstrahlen. Zwischen den Markstrahlen sind gelbliche, runde, helle Flecke meist noch im Bereich der Rinde gelegen. Ihnen scheinen sonst die Plaques zu entsprechen.

Nach dem klinischen Bild und nach dem anatomischen Befund dürfte wohl kein Zweifel daran sein, daß wir es mit einem Falle von *Alzheimer*scher Krankheit zu tun haben. Der Beginn der Erkrankung weicht von dem Durchschnittsalter, in welchem das Leiden sonst meist deutlich zu werden beginnt, nicht ab. Sehr eindrucksvoll ist in vorliegendem Falle im Beginn die Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, welche ja außerordentlich rasch fortschreitet, so daß der Kranke innerhalb einiger Monate völlig desorientiert wird und sich nirgends, vor allem auch nicht in seiner gewohnten Umgebung, zurechtfindet, daß er schließlich seine Angehörigen nicht wieder erkennt und seinen eigenen Namen vergessen hat. Die Sprache zunächst noch »lallend«, wird bald ganz unverständlich, bis der Kranke schließlich nur noch unverständ-

Digitized by Google

liche sich wiederholende Laute hervorbringen kann, diese Logoklonie ist außerordentlich charakterisierend für die *Alzheimer*sche Krankheit. Die weiter zu dem Bilde gehörende Reizbarkeit finden wir auch hier vertreten. Der Verlauf ist ein sehr rascher, er läßt aber wie gezeigt doch die sonst übliche Entwicklung des Krankheitsbildes deutlich erkennen. Der pathologisch-anatomische Befund weist auf ein recht schweres Krankheitsbild hin. Es sprechen dafür die große Zahl der Plaques, ihr Auftreten in allen nur möglichen Formen. Ferner der doch recht erhebliche Nervenzellausfall, welcher auch die tieferen Schichten nicht verschont hat, und schließlich der deutliche diffuse Schwund an Markfasern. Nicht unbeteiligt an dem ganzen Krankheitsprozeß sind die basalen Ganglien geblieben; es läßt sich nicht von der Hand weisen, daß die außerordentlich starke Kachexie, die zunehmende Unbeweglichkeit mit der für die in Rede stehende Affektion so kennzeichnenden Beugekontraktur der Beine mit der Beteiligung der Zentralganglien (Pallidum usw.) zusammenhängt.

Haben in Fall 5 klinischer Befund und anatomische Untersuchung gemeinsam eine Klärung bringen können, so ist in dem nachfolgenden die eigentliche ursächliche Erklärung erst der pathologisch-anatomischen Untersuchung zu verdanken.

Fall 6. J. L. geboren am 27. 5. 1869. Über Heredität nichts bekannt, Kindheit und Jugend o. B., von Beruf Fuhrmann; hat ab und an Schnaps getrunken. L. galt immer als ruhig, zuverlässig, still und als ordentlicher Familienvater. Zweimal, angeblich bei Glatteis, mit dem Kopf aufgeschlagen (wann ist unbekannt), keine Bewußtlosigkeit. Seit dem Winter 1929/30 Nachlassen der Eßlust, Kopfschmerzen. Weihnachten 1929 fieberhafte Erkrankung mit Husten. Im Februar 1930 verwirrt, unternehmungslustig, warf Geld zum Fenster hinaus, hörte Stimmen. Am 8. März 1930 mit Temperatur bis 38,5 in ein Krankenhaus. Dort unruhig, wieder verwirrt, verkennt seine Umgebung, witzelt gern, hört Klopfen, Sprechen, sieht Leute in sein Zimmer kommen. Am 24. 3. 1930 hier aufgenommen; örtlich und zeitlich unklar; macht aber einigermaßen richtige Personalangaben, ist eigenartig traumhaft benommen; L. will offensichtlich gut antworten, gibt sich Mühe, kann aber scheinbar nicht recht; er muß immer wieder gefragt und ermuntert werden, besinnt sich beim Antworten recht lange. Ist nicht in der Lage sich richtig zu konzentrieren; die Merkfähigkeit ist stark beeinträchtigt. Körperlich fand sich eine diffuse Bronchitis über beiden Lungen, besonders links und rechts hinten unten. Weiter bestand ein deutlicher Tremor der Zunge und der gespreizten Finger. Die Herztöne über der Spitze und am Sternalrand der linken 3. Rippe waren nicht ganz rein, der Puls nicht ganz regelmäßig, die Herzgrenzen nicht erweitert. Die Sprache war etwas lallend und schwerfällig, keine Aphasie. Die Sehnenreflexe waren überall regelrecht, leichte Oedeme an den Knöcheln.

Zunächst war der Zustand des Kranken hier zufriedenstellend; er wurde ruhiger, zugleich aber auch abgestumpfter, apathischer. Bald wurden die Oedeme an den Füßen schlimmer und trotz aller Bemühungen die Herz-

Digitized by Google

kraft zu heben, trat schon am 6. 4. 1930 der Tod unter den Erscheinungen der zunehmenden Herzschwäche ein. Später erfuhren wir, daß L. im Sommer 1929 an Gelenkrheumatismus gelitten hatte.

Leichenbefund: Am Herzen fand sich eine schwere ulzerierende Endokarditis der Aortenklappen mit einer großen Perforation des rechten Klappensegels. Durch das Anschlagen der schmierigen thrombotischen Auflagerungen der Klappe an die hintere Aortenwand war an der Anschlagstelle ein geschwüriger mit krümeligen Auflagerungen versehener Defekt entstanden.

Mikroskopisch fand sich neben einer chronischen ulzerösen Endokarditis der Aortenklappen. eine erhebliche Verfettung der Herzmuskelelemente und eine subakute Nephritis.

Das Gehirn wog 1640 g, es zeigte auffallend große Windungen in normaler Anordnung und Ausdehnung, alle Hirnteile besonders an der Grundfläche erschienen auffallend massig ausgebildet; das Mark war reichlich feucht. Die Zentralganglien waren etwas fleckig gezeichnet. Weiter enthielt die Milz zahlreiche Infarktnarben, die Nebennieren waren teilweise subkapsulär in die Rinde verlagert.

Mikroskopisch wies die Hirnrinde vor allem in ihren mittleren und tieferen Schichten anscheinend gefäßunabhängige, unregelmäßige diffuse Zelllücken auf. Die Nervenzellen waren im Stirnhirn meist geschwollen und abgerundet, blaß mit dunklem kleinen Kern; zahlreiche Zellen waren nur noch als Schatten wahrzunehmen, andere, in welchen lauter kleinste Ringelchen zu sehen waren, ließen eben noch die Zellkonturen erkennen; die Gliakerne waren groß, zeigten meist eine recht deutliche Kernwand. Sie umlagerten die sich verflüssigenden Zellen beinahe schalenartig. Diese Veränderung am nervösen Parenchym traf man in der ganzen Rinde ohne eigentliche Bevorzugung eines besonderen Teiles. Die von anderen beschriebenen Leukozytenherdchen konnte ich nirgends nachweisen; hingegen fanden sich zum Teil recht starke Gliazellknötchen bestehend aus stäbchenförmigen Elementen. Im Kleinhirn erwiesen sich zahlreiche Purkinjezellen als ausgefallen; die Glia in der Molekularzone war locker und mehr diffus vermehrt.

Die Gefäße waren auffallenderweise im ganzen Gehirn nur wenig gefüllt, regelrechte Stauungen oder Stasen waren nicht aufzufinden. Die Gefäße der Rinde und des Markes wiesen eine sehr starke Wandverfettung auf; wie in einem doppelten roten Band lagen die Endothelkerne in den durch Scharlach-R. gefärbten Gefäßwänden.

Von Anfang an wiesen hier die eigenartige Bewußtseinstrübung, die Auffassungsstörung, die halluzinatorische, z.T. traurig-ängstliche Verwirrtheit und Verkennung der Umgebung, die zunehmende psychomotorische Unruhe auf eine exogene Reaktionsform hin. Etwa $1^1/_2$ Monate vor der Aufnahme in H. war bereits einmal ein kurzer ähnlicher Zustand aufgetreten um bald aber wieder abzuklingen; eine Verschlimmerung mit deutlicher fieberhafter Bronchitis war dann Anfangs März 1930 hinzugetreten und hatte dann weiter in den Zustand hinübergeleitet, in welchem der Kranke hier zur Aufnahme kam. Im Krankenhaus hatte man dem Zustand des

Digitized by Google

Herzens keine wesentliche Bedeutung für die Entstehung der Psychose beigemessen. Als der Kranke hierherkam, war der Zustand hinsichtlich seiner Genese doch schon etwas klarer, man mußte an eine Dekompensationsstörung zum mindesten denken. Die eigentliche Krankheitsursache deckte aber erst die anatomische Untersuchung auf. Das klinische Zustandsbild bot im wesentlichen die Züge, wie sie bei Herzfehlern im Stadium der Dekompensation auftreten können. Auffallend war die deutliche manische Phase, welche sich mit Unternehmungslust, Witzelsucht, Geldverschwenden in den Beginn der Krankheitserscheinungen hineinschob. Vielleicht kann man dabei an das Ansprechen einer vorher latenten manisch-depressiven Anlage auf die Noxe hin denken; das Intensiverwerden der Noxe, die zunehmende Schädigung durch die schwerer werdende Kreislaufstörung und schließlich die durch Kummulation dieser Faktoren bewirkte erhebliche Stoffwechselstörung (Oedeme) verursachten sehr bald das Gegenteil, den Umschlag in das ängstlich-verwirrte Zustandsbild und in die auffallende Apathie. Diese Apathie ist sicher zum Teil auf Antriebsschwäche zurückführbar, welche ihrerseits wieder als Ausdruck der schweren Stirnhirnschädigung mit zu gelten hat. Trotz vorhandener Stauungserscheinungen waren merkwürdigerweise im Zentralnervensystem Gefäßerscheinungen im Sinne von Stase und Stauungen nicht zu erkennen.

Der rasche Verlauf der Erkrankung, die starke Ausbreitung der schweren Zellerkrankung über sämtliche Hirnabschnitte in ganz erheblicher Ausdehnung und vielleicht auch die ausgesprochene schwere Verfettung der Gefäße der Hirnrinde weisen trotz Fehlens leukozytärer Ansammlungen im Gehirn auf die Schwere des Krankheitsprozesses und damit auf seine Bösartigkeit hin, ein Umstand, welcher sich ja auch in dem raschen Wechsel der klinischen Zustandsbilder ausdrückt. Mir will es an Hand des pathologisch-anatomischen Befundes scheinen, daß weniger die Dekompensationsstörung als vielmehr die infektiös-toxische Schädigung bei der Entstehung und dem Ablauf des Krankheitsprozesses die Hauptrolle gespielt hat.

Die folgende Mitteilung führt uns nun schon mehr in das Grenzgebiet zwischen Psychiatrie und Neurologie.

Fall 7: R. T. geboren am 19. 12. 1882. Nichts über erbliche Belastung bekannt. Angeblich immer guter Schüler, unsteter Lebenswandel, lernte nichts Rechtes, war viel auf Wanderschaft. Tagelöhner. April 1915 eingezogen, 1916 durch Granatsplitter angeblich hinter dem rechten Ohr verwundet, gleich danach Ohrensausen, Zittern des Kopfes mit Kopfschmerzen. Die Beschwerden verloren sich, T. kam bald wieder ins Feld. September 1916 angeblich verschüttet, »Nervenzusammenbruch«. Verschiedenfach in Lazaretten. 10% Rente. Arbeitete danach an verschiedenen Stellen als einfacher Arbeiter. 1927 angeblich »Nervenschlag der

Digitized by Google

ganzen linken Seite«, konnte angeblich nicht gehen, nach dreiwöchiger Krankenhausbehandlung wieder völlig hergestellt. 1928 erneutes Zittern am ganzen Körper; Behandlung in einem Krankenhaus besserte die Beschwerden völlig; arbeitsfähig entlassen. Dauernder Rentenkampf, arbeitete an verschiedenen Stellen.

Im Januar 1930, als er auf der Arbeitssuche durch Düsseldorf kam, versagten ihm wieder die »Nerven«. Kam in die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt G. Hier bis Februar 1930 sehr selbstbewußt, sprach viel, schimpfte und querulierte, drängte fort. Seine Schimpfereien zeugten von seiner feindseligen Einstellung gegen die Ärzte, welche »ein abgekartetes Spiel« mit ihm getrieben hätten. Es fand sich ein Zittern der Zunge, des ganzen Körpers, welches bei Ablenkung verschwand. Der Gang war schlürfend. Die P. S. Reflexe waren lebhaft. Die Pupillen waren bis auf eine leichte Entrundung o. B., ihre Reaktionen in Ordnung. Das linke Auge wich beim Nahesehen etwas nach außen ab. Der Quintus war beiderseits druckschmerzhaft. Diagnose: paranoid-hysterischer psychopathischer Querulant.

Am 3. August 1930 erneut in Kassel aufgegriffen, als er sich nach Beendigung des Gottesdienstes vor die Türe einer Kirche legte, zitterte an Armen und Beinen! Im Krankenhaus wieder wie in G. ausfallend, schimpfte dauernd über Ärzte und Personal, war erregt, warf das Essen auf die Erde. Am 11. August 1930 hier in H. aufgenommen; großsprecherisch; deutlich euphorisch-kritiklos, »am liebsten wäre ich Pastor geworden«, er sei »immer begabt« gewesen. Daneben ausgesprochen nörglerisch und unzufrieden. Es sei alles Blödsinn, was mit ihm gemacht werde. Macht einfältige Witzeleien, z. B. »der größte Sinn ist der Blödsinn!« Hält dann immer wieder aufreizende Reden, in welchen er auf die Ärzte schimpft, »die verfluchten Lumpen usw.«.

Auffallende Schwäche der Merkfähigkeit. Kann nicht mehr angeben, wann er hierher gekommen ist; meint ein »Pastor« habe ihn hergebracht; weiß nicht, daß er mit mehreren anderen Kranken zusammen eingeliefert wurde. Ist nicht in der Lage fünfstellige Zahlen zu behalten. Weiß nicht mehr genau, wann er in G. war. Mäßiges Schulwissen, angelernte Urteile sitzen leidlich. Schimpft fast bei jeder Frage in eintöniger Weise auf die Ärzte, welche immer für sich selber sorgten und sich um die ihnen anvertrauten Kranken nicht kümmerten. Im Laufe der Beobachtung herrschte die gereizte Stimmung vor. T. raisonnierte dauernd, drängte fort, ließ sich aber immer wieder zum Bleiben bereden. Man erfährt von ihm, daß er im Mai-Juni 1930 angeblich Gott gesehen hat; dieser habe ihm einen Führer in Gestalt eines Mannes mit einem Besen geschickt. Auch Christus sei ihm erschienen in einem rotbesetzten grauen Mantel. Auch Stimmen hätten ihm allerhand zugerufen, die hätten sich bei ihm gemeldet. Er sei zu etwas Besonderem ausersehen, er solle die, welche auf falschem Wege wandelten, auf den rechten Pfad bringen.

Im Laufe der Beobachtung wurde der Kranke dann zusehends geschwätziger und gedankenärmer. Es bestand ein deutliches Zittern der Zunge, ein leichter Tremor des Kopfes und der Arme. Der Trigeminus war an allen Austrittsstellen druckschmerzhaft, ebenso die großen Nervenstämme. Von einem pathologischen Befund an den Hirnnerven ist sonst nichts zu erwähnen.

Digitized by Google

Am 25. September 1930 ganz plötzlich heftige Kopfschmerzen! Der ganze Kopf ist klopfempfindlich, besonders die Gegend des linken Seitenwandbeines. Stauungspapille beiderseits, rechts deutlicher als links. Die Lumbalpunktion ergibt stark erhöhten Druck, Pandy — Wa. R. —. Puls leicht unregelmäßig 54—60. Am 26. 9. 30 Exitus.

Leichenbefund: Hirngewicht 1450 g. Windungen deutlich abgeplattet, die linke Großhirnhälfte etwas vergrößert über der Gegend des linken Scheitellappens. Beim Einschneiden findet sich hier ein weicher, matscher, zerfließender unscharf gegen die Umgebung abgesetzter Tumor, welcher in den linken Schläfenlappen und Hinterhauptlappen hinein gewachsen ist und den hinteren Abschnitt der linken zweiten und dritten Schläfenwindung erreicht hat.

Mikroskopisch erkennt man in dem Tumorgewebe eine Unmenge von größtenteils recht blassen, runden, großen und kleinen Zellkernen mit durchweg schmalem Plasmasaum. Außerdem handelt es sich in vorwiegender Weise um keulenförmige, blasse Zellen, welche meist an einem Ende einen mit wenigen Granula besetzten Kern enthalten. Diese Art Zellen ist oft wallartig um Gefäße und zystenartige Lücken angeordnet; ferner sieht man um die Gefäße eigenartige, plumpe, wurstförmige oder flaschenförmig gebildete Zellkerne. An manchen Stellen der Geschwulst finden sich sehr zahlreiche Riesenzellen von verschiedener Größe mit mehreren meist deutlich abgeteilten Kernen. Diese Kerne liegen oft dicht zusammen oder sind wandständig angeordnet. Das Grundgewebe stellt sich dar als eine feinnetzige Struktur, in welche die Zellen eingelagert sind. Dieses Grundgewebe färbt sich mit Scharlachrot leicht an, ebenso sieht man häufig in nächster Nähe der oben erwähnten großen blassen Kerne Fetttröpfchen. In großen Zügen ziehen die eben beschriebenen Zellformen in die Rinde hinein manchmal ganze Schichten ergreifend, ihre Nervenzellen vernichtend, andere wieder als Zellbänder stehenlassend; in den ergriffenen Schichten findet man am nervösen Parenchym zahlreiche Verflüssigungsprozesse und auch architektonische Verwerfungen.

Nach diesen Festellungen kann es keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier mit einem Gliom zu tun haben und zwar mit einem sehr unreifen Tumor, der in der Hauptsache aus undifferenzierten Gliazellen besteht. Dieser Art von Geschwulst sind schon die mannigfachsten Namen gegeben worden, je nach der Zellart, die man in den Vordergrund zu stellen beliebte, nach der Betrachtungsweise der morphologischen Genese, die man anwandte. Neuerdings hat Globus für derartige gliogene Geschwülste den Namen Spongioplastoma multiforme angegeben. Er sieht in den undifferenzierten Spongioplasten, in der Mannigfaltigkeit der Zellformen das charakteristische dieser Neubildung. Der ungeheure Zellreichtum an sich, die außerordentliche Vielfältigkeit der einzelnen Formelemente, die zahlreichen Riesenzellen mit ihrer z. T. wohl überstürzten ungeordneten Kernbildung weisen auf eine unreife rasch wachsende Neubildung mit starker Malignität hin.

Mit dieser Annahme deckt sich ja auch der klinische Verlauf der Erkrankung.

Digitized by Google

T. ist 1916 hinter dem rechten Ohr verwundet worden; allem Anschein nach hat das Trauma eine kurze, aber deutliche Schädigung an der rechten Hinterkopfseite gesetzt. T. war bald wieder völlig k. v., und es wird sich wohl kaum auch nur mit einer Spur von Wahrscheinlichkeit dartun lassen, daß die auf der linken Seite zustande gekommene Geschwulst sich etwa auf dem Boden einer durch Contrekoup oder über das Vasomotorium zustande gekommene Nekrose im linken Scheitellappen entwickelt hat. Die im Tumorgewebe zur Beobachtung gekommenen kleinen Nekrosen mit der eigenartigen Zellanordnung in der Umgebung gehören eben zu dem Bild dieser Neubildungen; über die Genese derselben können sie nichts aussagen.

Im Anschluß an eine Verschüttung hat dann T. 1916 einen »Nervenzusammenbruch« erlitten, und später hat ihn weiter mehrfach »ein Nervenschlag« im Sinne einer hysterischen Gangstörung getroffen. Er galt damals im Laufe seines Rentenkampfes schon als Nörgler, welcher erbost war über die angeblich schlechte Behandlung, die er in der Ablehnung seiner Rentenanträge sah. Jeder kurze Krankenhausaufenthalt brachte die Beschwerden jedesmal völlig zum Schwinden, aber die ablehnende querulatorische Einstellung des T. vor allem gegen die Ärzte blieb bestehen. Schließlich verstärkte sie sich zu der Auffassung, daß eigentlich alle gegen ihn wären; so daß man bei der Art des T. sich zu geben, schließlich doch von einer deutlichen Charakterveränderung etwa seit der Zeit in G. sprechen kann; hier werden nun zum ersten Male auch im Januar 1930 Abweichungen an den Hirnnerven festgestellt; sie sind an sich noch ganz geringfügig, aber sie sind doch wahrscheinlich als der erste deutlichere Ausdruck einer sich manifestierenden organischen Störung aufzufassen. Der Charakter des T. verschlechterte sich eigentlich nun immer mehr; zu seiner querulierenden Art und Weise trat immer deutlicher ein Zug der Reizbarkeit, weiter aber auch des gehobenen Selbstbewußtseins. Er ist schließlich, als er hier aufgenommen wird, sehr euphorisch, kritiklos und anmaßend. Da sich eine deutliche Störung der Merkfähigkeit bei leidlich intaktem Gedächtnis für das Alterworbene herausbildet, kann man bei der außerdem noch erwähnten deutlichen Druckschmerzhaftigkeit aller großen Nervenstämme von der Entwicklung eines *Korsakoff*schen Symptomenkomplexes sprechen. Dieses Zustandsbild hat sich eigentlich erst hier in seiner ganzen Deutlichkeit herausgeschält, um im Laufe des Weiterschreitens der Erkrankung zurückzutreten hinter dem Bilde einer allgemeinen Antriebsmüdigkeit, einer auffallenden Gedankenarmut und leichten Benommenheit. Wir dürften es hierbei mit einer die Rinde treffenden Allgemeinschädigung durch das Geschwulstwachstum zu tun haben. Hierher gehört auch die schon oben erwähnte merkwürdig

Digitized by Google

gehobene, selbstbewußte, ja direkt euphorische Stimmungslage, und die, wenn auch nicht sehr ausgeprägte, so doch manchmal erscheinende Neigung zum Witzeln! Die eigenartigen Gesichtstäuschungen sind wohl auf das Wachsen der Geschwulst im Okzipitallappen zurückzuführen, während die Stimmen auf Störungen durch das Vordringen der Geschwulst im Schläfenlappen sich beziehen lassen. Irgendwelche sicheren lokaldiagnostischen Hinweise konnten aber aus diesem Symtomenbild im ganzen nicht entnommen werden, höchstens eben der, daß es infolge Mangel aller genaueren neurologischen Beziehungen sich um einen recht tief im Marklager sitzenden Tumor mit starker Wachstumstendenz handeln mußte. Die Tremorerscheinungen dürften, soweit sie am Anfang der Krankheit nicht als hysterisch anzusehen sind, als Ausdruck der Tumoreinwirkung auf die basalen Ganglien aufzufassen sein.

Mit der kurzen Besprechung dieser gliogenen Neubildung führe ich meine Mitteilungen zu Ende. Möchte man daraus ersehen, wie die pathologisch-anatomische Betrachtungsweise in Verbindung mit klinischer Beobachtung dazu beitragen kann, auch die Arbeit in den Heil- und Pflegeanstalten, welche ja in erster Linie immer praktische Ziele haben wird, zu fördern. *Utz* hat kürzlich gemeint, daß wenn es nicht gelingt, den Zugang zur Anstaltspsychiatrie zu heben, die Anstalten auf ihrem bisherigen Niveau nicht gehalten, geschweige denn vorwärts gebracht werden können. Die Möglichkeit der Pflege einer medizinischen Spezialität aber, hier der pathologischen Anatomie, so hat einmal *Vocke* gemeint, gibt der Stellung der Ärzte an den Heil- und Pflegeanstalten einen reicheren Inhalt. Durch sie ist auch eine der Bedingungen gegeben, das Niveau der Anstalten zu heben. *Ilberg* hat einmal gesagt, wir sind aber schließlich nicht nur zur Vermehrung unserer Menschenkenntnis in den Anstalten tätig, sondern zur Behandlung unserer Kranken. Ich möchte dem hinzufügen, die durch wissenschaftliche Betätigung gewonnenen Erkenntnisse müssen zwangsläufig unseren Kranken und damit auch der Allgemeinheit wieder zugute kommen, denn die Beziehungen der Psychiatrie vor allem der Anstaltspsychiatrie zu den Problemen des täglichen Lebens und zu den sozialen wie auch den erbbiologischen Fragen unseres Volkes sind von so mannigfacher und so ernster Bedeutung, daß sie auch in der jetzigen schweren Zeit aufmerksamster Beachtung bedürfen.

Digitized by Google

Digitized by Google

(Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster.
Direktor: Prof. Dr. *F. Kehrer*.)

Autonome Hypochondrie*).

Beitrag zur Psychopathologie und klinischen Abgrenzung der hypochondrischen Zustände.

Von

Dr. **Berthold Wichmann**, Assistenzarzt der Klinik.

»Die bisherigen großen Krankheitsbilder haben sich, das wird heute kaum jemand im Ernste bestreiten, als zu ausgedehnt erwiesen, um Einheiten darzustellen. Die bisherigen Elementarsymptome sind wiederum zu klein. Ich glaube nun, daß wir weiter kommen werden, wenn wir den Versuch machen würden, Einheiten zweiter Ordnung zu finden, gewisse immer wiederkehrende Symptom-Verkuppelungen, die wir sehen lernen werden, wenn die Aufmerksamkeit darauf eingestellt ist«, — diese Worte *Hoches* [36**]) aus dem Jahre 1910 dürften nicht zuletzt gefallen sein im Hinblick auf die Diskussion über die nosologische Stellung der Hypochondrie. Diese war vor allem seit der Aufstellung eines Krankheitsbegriffes »Neurasthenie« durch *Beard* und *Arndt* stark umstritten, und ihre Erörterung tendierte in der weiteren Folge, besonders unter dem Einflusse *Wollenbergs*, dahin, eine nach Pathogenese, Symptomenbild, Verlauf und Ausgang eindeutig feststellbare und klinisch abgrenzbare Krankheitseinheit überhaupt fallenzulassen, eine solche vielmehr durch die allgemeinere Umschreibung eines bei einer Reihe von Psychosen auftretenden Symptomkomplexes zu ersetzen. Trotz der bekannten und im großen und ganzen immer wiederkehrenden Symptomatik des als »hypochondrische Vorstellungen« angesprochenen Zustandsbildes war doch die terminologische Umschreibung eine durchaus schwankende. Daraus erklärt es sich, daß je nach den Anschauungen des betreffenden Autors hypochondrische Vorstellungen entweder als ein Teil eines paranoischen Wahnsystems oder als Erscheinung der

*) Der vorliegende Aufsatz ist die gekürzte Fassung einer im Mai 1931 erschienenen Arbeit.

**) Die hinter den Namen angegebenen Ziffern stimmen mit der fortlaufenden Numerierung des Literaturverzeichnisses überein.

Digitized by Google

depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins oder endlich — und das von der Mehrzahl — nur als besonders ausdrucksvolle Äußerung einer »Neurasthenie« aufgefaßt wurden. In derem, ja auch heute in seinen Grenzen noch nicht klar zu differenzierenden Bilde wurde eine Fülle von hypochondrischen Sensationen, Vorstellungen und Äußerungen als Erscheinung eines veranlagungsmäßig oder durch exogene (im weitesten Sinne) Einflüsse geschwächten somatopsychischen Zustandes untergebracht.

In der alten Psychiatrie verstand man, ohne daß über ihre nosologische Stellung irgendwie diskutiert wurde, unter dem schon von *Galen* geprägten Ausdruck Hypochondrie ganz allgemein einen sich auf körperliche Verhältnisse oder Funktionen beziehenden, übertriebenen Leidens- oder Klagezustand. Im allgemeinen war man dabei auch der Anschauung, daß für solche Klagen wohl irgendwelche körperlichen Veränderungen den Anlaß abgäben und daß es nur auf Grund einer besonderen Leidseligkeit zu einer veränderten Bewertung der somatischen Ursache komme. Erst seit dem Bestehen einer eigentlichen wissenschaftlichen Psychiatrie wurde auch die Hypochondrie Gegenstand einer nosologischen und symptomatologischen Diskussion. Diese hat in ihrer Weiterentwicklung dahin geführt, daß man zunächst den Begriff eines eigenen Krankheitsbildes, dann auch den eines Symptomenkomplexes aufgab, und nur noch von Äußerungen hypochondrischer Färbung spricht. Dadurch ist das entscheidende Kriterium hinsichtlich der nosologischen Stellung von einem übergeordneten seelischen Reaktionstypus auf die besondere inhaltliche Artung bestimmter, nicht mehr spezifischer, abnormer Vorstellungs- und Äußerungsgruppen verschoben.

Daß damit aber das psychiatrische Problem des Hypochondriekomplexes nicht endgültig und befriedigend gelöst ist, zeigen die sich in den letzten Jahren wieder mehrenden Veröffentlichungen über hypochondrische Zustände, die z. T. mit besonderer Betonung die Frage der nosologischen Stellung eines abgrenzbaren Krankheitstypus wieder aufgreifen.

Wenn hier im folgenden die einschlägigen Veröffentlichungen kurz referiert werden, so geschieht das insbesondere aus der Erwägung, daß eine Bewertung der dort aufgeworfenen Fragen z. T. Voraussetzung für die Fragestellung dieser Arbeit ist. Auf Vollständigkeit kann dabei naturgemäß kein Anspruch erhoben werden.

Zunächst kann die ältere Literatur, seit der Gründung der wissenschaftlichen Psychiatrie überhaupt, hier nur gestreift werden, da sie heute ein vorwiegend historisches Interesse bietet. Erwähnung soll hier *Esquirol*[19], der in der Hypochondrie eine »Vorstufe einer Geisteskrankheit« sah, die sich »in der Neigung zu

Digitized by Google

Übertreibung der eigenen Leiden und Befürchtung eingebildeter Gefahren äußert«, finden neben *Michéa*[51], *Brachet*[12] und vor allem Westphal[73], der als für Hypochondrie charakteristisch den »krankhaften subjektiven Empfindungszustand, die krankhafte Richtung der Vorstellungen auf körperliche Zustände, Verrichtungen und Sensationen und Bildung falscher dadurch bedingter Urteile und Wahnideen« definierte.

Griesinger[30] sprach schon um 1870 von einem »veränderten Körpergefühl«. Von *Jolly*[37] stammt (später von *Hitzig*[34] ergänzt) die bekannte Formulierung »die Hypochondrie ist diejenige (auf einer krankhaften Veränderung der Selbstempfindung beruhende) Form der traurigen Verstimmtheit, in welcher die Aufmerksamkeit anhaltend oder vorwiegend auf Zustände des eigenen Körpers oder Geistes gerichtet ist«.

Nicht richtig daran ist nach unseren Anschauungen, daß es sich um eine »traurige« Verstimmung handele, eine Äußerung, die auch in der Folgezeit häufig wiederkehrt und auf einer zu engen Deutung klinischer Zeichen beruht. Der grundlegende Affekt des Hypochonders ist nicht eigentlich »traurig«. Wo bei ihm eine von der Außenwelt abgewandte, ich-beengte Verstimmung vorhanden ist — der Gemütszustand ist durchaus nicht immer verstimmt, oft hat man vielmehr den Eindruck einer zu der Produktivität und Vielseitigkeit des Vorgebrachten unproportionalen Indifferenz der erlebnismäßigen Anteilnahme — da resultiert diese aus dem dauernden selbstquälerischen Grübeln über Krankheitsempfindungen und Zusammenhänge, ist also mehr eine unruhevolle Unlust als eine Traurigkeit.

Durch die Konstituierung des Krankheitsbegriffes der sog. nervösen Erschöpfung durch *Beard*[5] unter dem Namen »Neurasthenie«, in das er die Hypochondrie als »eine der Varietäten krankhafter Furcht« einreihte, wurde in die Stellung eines abgegrenzten hypochondrischen Krankheitsbildes eine Erschütterung hineingetragen. Weiter noch ging in Anlehnung an ihn *Arndt*[2], der unter Hypochondrie das »Kardinalsymptom der Neurasthenie« verstand.

Dem Wesentlichen dieser Auffassung schlossen sich *Tuczek*[71], *Merklin*[49], *Kirchhoff*, *Ziehen*[78], *Ziemssen*, weiterhin *Löwenfeld*[45], *Binswanger*[7] und später *Kraepelin*[41] an.

Für *Binswanger* war es »zweifellos, daß die Hypochondrie auf dem Boden der Neurasthenie erwächst und nur eine Verschärfung des Seelenleidens nach der psychischen Seite darstellt«. Er fügt aber selbst als unterscheidendes Merkmal hinzu, daß bei der Hypochondrie das Symptom »der exzessiven und phantastischen Verarbeitung der pathologischen Empfindungen zu sog. Wahnvorstellungen« hinzukommt.

Digitized by Google

v. Höβlin[35] und *Müller*[52] sprachen sich scharf gegen ein »Zusammenwerfen« von Neurasthenie und Hypochondrie aus, und auch *Schüle*[63] hielt fest an der Definition einer psychischen »Neurose auf der Grundlage einer Hyperästhesie der Empfindungsnerven einzelner oder aller Organgebiete und mit der Wirkung eines dadurch gesetzten Zwanges auf das gesamte Seelenleben«. *Mendel*[48] sprach von einer »funktionellen Gehirnerkrankung« in der Gruppe der »depressiven Geisteskrankheiten« und unterschied drei qualitativ und quantitativ gesteigerte Gruppen.

Krafft-Ebing[42] erklärte die Auffassung der Hypochondrie als »Symptomkomplex innerhalb der Neurasthenie als eine wohl zu weitgehende«, die nach seiner Ansicht »auf einer zu ausgedehnten und verschwommenen Auffassung der entscheidenden Merkmale der Hypochondrie beruht«.

Diese Ansicht *Krafft-Ebings* dürfte um so richtiger sein, als bei keinem der bisher genannten Autoren der Versuch gemacht ist, innerhalb des Krankheitsbildes »Neurasthenie« in ihr bestimmte Ideen- und Vorstellungskonnexe mit dem Inhalte gesteigerter Krankheitsbefürchtungen als immer wiederkehrendes hypochondrisches Merkmal festzulegen. Man begnügte sich vielmehr weit allgemeiner damit, das Vorbringen von Ideen hypochondrischen Inhaltes als Ausdruck eines durch endo- oder exogene Einflüsse bedingten, affektiv besonders betonten Schwächezustandes anzusehen.

Raecke[55] reihte die Hypochondrie als selbständiges Krankheitsbild unter die Gruppe der Psychosen ein, wobei er m. E. sehr richtig darauf hinwies, daß »der charakteristische Zug jeder echten Hypochondrie, die jeder Kritik unzugängliche wahnhafte (dieser Ausdruck hat allerdings nur eine sehr bedingte Berechtigung) Verarbeitung der krankhaften Empfindungen mit ihrer zwingenden Beeinflussung des gesamten Handelns nichts mehr mit Neurasthenie gemein hat«.

Durch *Wollenberg*[76/77] wurde dann, besonders betont, der Begriff »einer wohl umgrenzten Krankheitsform« Hypochondrie abgelehnt und die weitere nosologische Auffassung im wesentlichen festgelegt. Noch weiter gehend als etwa *Binswanger* wies er der Hypochondrie lediglich die Rolle »eines Symptoms« zu. Nach ihm ist es »immer der Grundzustand, der dem Fall sein spezifisches Gepräge gibt und seinen Verlauf und Ausgang bestimmt, während die Hypochondrie als solche in dieser Hinsicht nur eine äußerliche Rolle spielt«. Es bleibt »als einziges speziell hypochondrisches Moment die besondere Richtung und Färbung der Vorstellungen«. An einer anderen Stelle gibt *Wollenberg* aber doch eine engere Abgrenzung: »So entstehen (bei einem kontinuierlich chronischen Verlauf) Hypochonder-Typen, bei denen man mit Rücksicht auf

Digitized by Google

die gewissermaßen geschäftsmäßige und den Kranken nicht tiefer berührende Vorbringung von Beschwerden von einer habituellen Hypochondrie sprechen kann.«

Roy[59] unterscheidet zwischen einer hypochondria minor (neurasthénique) und einer hypochondria major (délirante, vésanique) mit allen dazwischenliegenden Übergangsstufen. *Kraepelin*[41] endlich betont den neurasthenischen Charakter der Hypochondrie, die er als »Aufbrauchskrankheit« bezeichnet. »Auch für die hypochondrischen Vorstellungen halte ich einstweilen an der Entstehung aus der Erschöpfung fest.«

Zu dieser Einreihung der Hypochondrie als einer im neurasthenischen Krankheitsbild beinhalteten Unterform muß schon an dieser Stelle gesagt werden, daß dabei wesentliche Momente der Psychogenese und des Symptomenbildes nicht berücksichtigt sind. Gewiß gibt es sicher Kranke mit ausgesprochen neurasthenischen Beschwerden, die gelegentlich Klagen hypochondrischen Inhaltes vorbringen können. Aber eben, daß sie aus einem Schwächezustand heraus wirkliche Beschwerden aufweisen können, daß sie klinisch feststellbare Ausfallerscheinungen oder Zeichen einer Dysfunktion darbieten können, spricht dagegen, daß sie wirkliche Hypochonder sind. Der Neurastheniker baut seine Klagen auf einem, zu deren Zeitpunkt feststellbaren, wirklichen Befund auf, der auch von ihm zuerst als »Befund« empfunden und bewertet wird. Für ihn besteht — je nach seiner Bildungsstufe und Kenntnis natürlich graduell verschieden — ein im Sinne der Vorstellungsbeziehung proportionales Einsichtsverhältnis in den bei ihm vorliegenden Zustand. Auf Grund seiner »Neurasthenie«, unter welcher wir hier mit *Kehrer* ganz allgemein eine »reizbare Schwäche des Nervensystems« verstehen, kommt er zu Befürchtungen oder zu Vorstellungen von Verschlimmerung, vielleicht auch von utilitaristischen Gesichtspunkten aus, im Sinne eines Krankheitsgewinnes, zu einer affektiven Erfassung, die aber immer im Rahmen einer direkten, bewußten Anknüpfung bleibt. Es handelt sich um »eine intellektuelle Interpretation« (*Gillespie*). Dementsprechend vollzieht sich der ganze psychogenetische Vorgang von Anfang an unter einem leidvollen, unter Umständen wehleidigen Affekt. Anders beim Hypochonder. Er kommt auf Grund einer mehr primär krankhaften Krankheitsvorstellung (der englische terminus: preocupation ist klarer) zu seinen Sensationen und Klagen, wobei es in diesem Zusammenhang gleichgültig ist, ob diese Krankheitsvorstellung in einem anderen, voraufgehenden, gedanklichen Verknüpfungsprozeß selbst eine — ganz allgemein gesagt — somatische Ursache hat oder nicht, da beim eigentlichen Hypochonder zwischen seinem Krankheitsglauben und einer etwa vorhandenen körperlichen Störung, die als auslösendes Moment wirkt, in der

Digitized by Google

ursächlichen Beziehung kein kongruentes Verhältnis besteht. »Die abnormen Sensationen sind auf dem Wege der Vorstellung in die Leiblichkeit hineinprojizierte Vorgänge« sagt mit Recht *Krafft-Ebing*. Der Hypochonder nimmt an diesen »Projektionen«, die auf Grund dauernder Vorstellung immer mehr gesteigert werden, erst wieder sekundär affektiven Anteil. Der Neurastheniker fürchtet eine ernstliche Krankheit, besonders durch Verschlimmerung einer schon bestehenden geringfügigen, der Hypochonder ist krank, eben in seinem »objektiv« falschen Krankheitsglauben.

Aus ähnlichen Überlegungen heraus kommt *Friedemann*[27] dazu, zunächst »überwertige hypochondrische Ideen von der allgemein übertriebenen Ängstlichkeit des Neurasthenikers zu trennen«. Nach *M. Sommer*[66] ist die Hypochondrie »charakterisiert durch das Auftreten eines stets gleichen Symptomenbildes. Die Wahnideen stammen sämtlich aus dem Gebiet des Bewußtseins der Körperlichkeit.« Dabei ist der Charakter dieser Wahnideen wegen der fehlenden »Weiterbildung und Systematisierung mit feindlichem In-Beziehungsetzen zur Außenwelt gegenüber Paranoia verschieden«.

Medow[47] beobachtete eine Gruppe von Kranken mit katatonieähnlichen Zuständen und hypochondrischen Sensationen, die er den depressiven Psychosen des Rückbildungsalters zurechnet.

Nicht besonders auf die nosologische Fragestellung gehen die Veröffentlichungen von *Benon*[6], *Gans*[28], *Higier*[32], *Rodiet*[57] und von *Seglas et Logre*[65] ein. *Lorrand* reiht einen beobachteten Fall unter das manisch-depressive Irresein ein, ebenso *Nouet et Lautière*[55].

Schilder[60] spricht von Fällen, die er »echte« Hypochondrie nennt, bei denen »die hypochondrischen Symptome sich gesetzmäßig chronisch behaupten«. Er unterscheidet zwischen einem selbständigen Symptomkomplex und hypochondrischen Phasen z. B. beim manisch-depressiven Irresein, wobei er aber dem Symptomkomplex »lediglich lokalisatorische Bedeutung« zuweist.

Einen neuen Versuch, gerade in nosologischer und psychopathologischer Hinsicht die Hypochondrie abzugrenzen, unternahm *Gillespie*[29]. Er stellt eine »essentielle« Hypochondrie heraus, die nicht als Symptom sondern als Krankheitseinheit aufzufassen sei. Nach ihm ist (nicht ganz wörtlich zitiert) Hypochondrie eine psychische Vorstellung einer wirklichen oder unterschobenen Krankheit, bei der ein verhältnismäßiger Unterschied besteht zwischen der Stärke dieser Vorstellung und der zugrunde liegenden Ursache. Die affektive Grundlage werde am besten gekennzeichnet als Interesse aus Überzeugung und konsequentem Besorgtsein. Er weist gleichzeitig darauf hin, daß diese reine Form selten sei und

Digitized by Google

daß man vom »sinnreichen Schema innerhalb der rationalen Grenzen des physiologischen Wissens des Patienten bis zur 'delusional fabrication' vom Typus der Involutionsmelancholie« hypochondrische Ideen in allen Abstufungen finden könne.

Zu erwähnen ist dann noch *Schwarz*[64], der seine Fälle als »circumscripte Hypochondrien« in den manisch-depressiven Formkreis einreiht.

Als letzte Veröffentlichung erschien von *Kehrer*[39] »über Hypochondrie« eine psychologische Studie, die sich mit der Ableitung und Symptomatik sowie den nach persönlichen und sozialen Entwicklungsstufen verschiedenen Äußerungen hypochondrischer Gedankengänge befaßt. *Kehrer* betont, daß es zweifelhaft sei, ob die »Streichung der Hypochondrie aus den Gruppen seelischer Krankheiten ohne heute erkennbaren Leichenbefund« zu Recht erfolgt sei und daß es ein klinisches Problem sei, zunächst nachzuweisen, daß »Fälle, in denen das, was wir heute unter hypochondrisch verstehen, in reiner Form und über längere Zeiträume auftritt, vorkommen«. Hypochondrische Zustände beruhen nach ihm auf »Veränderungen der Gefühle vom eigenen Körper, evtl. auch Geist, die mit bestimmten Vorstellungen von Kranksein verknüpft sind«. Sie werden ausgelöst durch Störungen der Körperfühlsphäre, worunter »das Erlebnisgebiet des eigenen Körpers« verstanden wird. Dabei ist das Entscheidende nicht eine Störung des »Konsonanzgefühles (in diesem Erlebnisgebiet), sondern das krankhafte Heraustreten ganz besonderer Empfindungsgefühle«.

Getrennt Erwähnung finden soll hier die Stellung der psychoanalytischen Schule — oder vielmehr deren einzelner Gruppen —, die entsprechend dem psychologischen Akzent ihrer Einstellung sich weniger mit dem Krankheitsbegriff der Hypochondrie befassen als mit analytischer Ableitung der hypochondrischen Vorstellung. *Freud*[25/26] sieht die hypochondrischen Gefühle und Äußerungen als auf »narzistischer« Grundlage entstanden — wobei Narzismus »die libidinöse Ergänzung zum Egoismus des Selbsterhaltungstriebes ist« —, und zwar als Folge einer sexuellen Erregung ohne psychische Komponente, als genitale Aufgedunsenheit. Die verschiedenen Sensationen, die sich aus der geschlechtlichen Erregung ergeben, werden zum Objekt hypochondrischer Vorstellung, mitbedingt durch einen »Reflex der libido«, die der Hypochonder aus der Außenwelt zurückzieht und auf die eigenen Organe konzentriert. Noch einseitiger formuliert *Ferenczi*[21, 22, 23], nach dem die Hypochondrie aus einem »Gefühl genitaler Inferiorität« entsteht. Ihr Charakter spricht dafür, daß ihre Vorstellungen Produkte eines »Analerotismus« sind, »eine Verschiebung einer unsublimierten Koprophilie auf andere Organe und deren Produkte« mit einer qualitativen Lustumwandlung.

Digitized by Google

Nach *Steckel*[10] »stecken hinter den bizarren Sensationen der Hypochonder symbolische Verkleidungen erotischer Phantasien«. Er nimmt eine »Verwandlung erogener Zonen in Objekte hypochondrischer Angstvorstellungen« an und unterscheidet — da der Begriff Hypochondrie nur ein Sammelname für in der psychischen Struktur ähnliche Krankheitsbilder sei — vier Formen: 1. eine einfache nosophobische, 2. eine hysterische (durch unbefriedigte Forderungen des Sexualtriebes, als Ersatzvorstellungen für Verdrängungen), 3. eine zwangsneurotische, bei der der Zwangscharakter im Vordergrund steht, und 4. eine paranoide Form.

Carp[13] sieht in seinen angegebenen Fällen Störungen ebenfalls auf narzistischer Grundlage. Der hypochondrische Symptomkomplex könne sich besonders offenbaren bei Melancholie und schizophrenen Psychosen, welche beide ebenfalls als Störungen auf narzistischer Grundlage anzusehen seien. Beim Hypochonder sei die »Libidokonzentration auf das Körper-Ich (den als körperlich erlebten Teil der psychophysischen Persönlichkeit) so groß, daß eine gänzliche Libidoabsorption stattfindet«. Endlich beschreibt *Bornstayn*[10] eine hypochondrische Form der Schizophrenie, die er als reaktiv-erotogen bezeichnet. »Auf der Grundlage schizoider Konstitution kommt es zu einer Regression der Libido zu ihrem narzistischen Stadium«, zu einer Entwicklungsepoche, wo Körper und Außenwelt noch nicht differenziert waren.

Diesen psychoanalytischen Auffassungen muß entgegengehalten werden, daß sie — analog der psychoanalytischen Methodik überhaupt — die Rolle von Sexualfaktoren für das Zustandekommen hypochondrischer Vorstellungen zu einseitig in den Vordergrund stellen. Zwar kann in manchen Fällen ein Erlebnis der Sexualsphäre, z. B. Insuffizienzgefühle auf sexueller Basis, als auslösendes Moment gewisser hypochondrischer Gedankengänge sicher nicht bestritten werden. Wenn aber damit auch eine Aufmerksamkeitsanspannung auf Erlebnisvorgänge dieser Sphäre gegeben ist, wenn es sogar zu einer Umwandlung des Persönlichkeitstypus kommt, in dem das Geschlechtsleben eine Überbetonung erfährt, so kann damit immer nur die Festlegung der hypochondrischen Ideen in bestimmter Richtung erklärt werden. Warum es aber zu so isolierten und eigenwertigen Gedankenreihen und Äußerungen eines kritiklosen Krankheitsgefühles und weiter einer unerschütterlichen Krankheitsüberzeugung, also zu dem eigentlichen psychischen Mechanismus kommt, ist damit nicht erklärt. Zudem läßt sich auch bei den meisten Fällen echter Hypochondrie ein Schuldgefühl, das die psychoanalytische Auffassung zum Teil zur Voraussetzung ihrer Spekulationen macht, vermissen. Der Hypochonder gibt sich über die eigentliche Veranlassung seiner Beschwerden keine Rechnung — und besonders keine schuldhaft empfundene —, kann sie sich

Digitized by Google

nicht geben, weil er von der erhöhten Aufmerksamkeitszuwendung auf bestimmte Körpergebiete, in die er durch relativ geringgradige periphere Empfindungen hineingedrängt wird, in seiner Vorstellungsreihe nun gleich auf die Vorstellung einer ernsten und schwer zu nehmenden Krankheit überspringt, er kommt gar nicht dazu, sich innerhalb seines Ideenablaufes mit der eigentlichen Kausalitätsfrage zu beschäftigen. Durch diesen Sprung nimmt seine Krankheitsidee einen so überbetonten Charakter an, daß sie als solche fast schicksalhaft empfunden wird.

Die allgemeinere psychoanalytische Ableitung hypochondrischer Ideen fußt auf der Voraussetzung, daß als psychogenetische Grundlage für deren Zustandekommen eine Zurückziehung der »Libido« vom »Objekt«, also von allem außerhalb der Persönlichkeit gelegenen Gegenständlichen auf das eigene Körper-Ich erfolgt. Daß ein daraus resultierender »Autoerotismus« eine erhöhte Selbstwahrnehmung und eine gesteigerte Beschäftigung mit dem eigenen Körper zur Folge hat, ist ohne weiteres einsichtig. Voraussetzung ist dabei aber, daß mit dieser Körperwahrnehmung eine Art Lustgewinn verbunden ist, anderenfalls würde die Annahme einer libidinös bedingten Einengung des Seelenlebens hinfällig. Mit der Feststellung, daß es sich »um Lust handelt, die nicht als solche empfunden werden kann«, ist in diesem Falle nicht gedient, da sie die Frage nur verschiebt, aber nicht erklärt.

Zum mindesten muß ein Lustgewinn aus der Beschäftigung mit seinem Körper beim Hypochonder fraglich bleiben. Man muß hier mit *Kehrer* fragen »ob der Hypochonder seinem Körper schon in gesunden Tagen ein Übermaß an Wertschätzung oder gar libidinöser Liebe entgegengebracht hat und nicht gerade umgekehrt das Neuartige der Erlebnisse an einem bis dahin nicht beachteten Körper der Grund der gesteigerten Selbstbeobachtung und Sorge ist«. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß es eine allgemeine psychologische Erfahrungstatsache ist, daß schon normalerweise auf einen besonders hervorgehobenen Reiz im Bereich des körperlichen oder seelischen Geschehens eine Aufmerksamkeitsanspannung und Vorstellungskonzentration auf die gegenständliche Grundlage dieses Reizes erfolgt, so muß es unverständlich bleiben, warum beim Hypochonder, für den man eine solche Betonung des Reizes aus der Körperfühlsphäre doch annehmen muß, eine so grundlegende Veränderung des psychosexuellen Status vorliegen soll, um den zunächst gleichen Effekt einer gesteigerten Selbstbeobachtung zu erklären. Bei der psychoanalytischen Auffassung hypochondrischer Äußerungen erfolgt eine Verschiebung umgedeuteter sekundärer Inhalte zu der primären causa efficiens für das Zustandekommen der Vorstellungen.

Digitized by Google

Weniger als noch vor etwa zwei Jahrzehnten steht heute die Frage, ob den hypochondrischen Zuständen jeweils durch methodische Untersuchungen auffindbare somatische Veränderungen zugrunde liegen, im Vordergrund der Erörterungen. Bis zur psychopathologischen Auffassung nahm man, wohl unter dem Einfluß einer allgemein mehr pathologisch-anatomisch orientierten Denkweise in der Medizin, in der Mehrzahl der Fälle an, daß die Klagen der Hypochonder auf feststellbaren Körperschäden beruhten, wobei man entweder auf erkennbare Veränderungen der lokalisierten Organe fahndete oder mehr zentralere, etwa im Bereich der nervösen Leitungsbahneen oder des Kortex selbst gelegene Ursachen annahm.

So nahmen *Mendel*[48] und *Althaus*[1] an, daß Parästhesien und ähnliche Reizerscheinungen auf eine kortikale Reizung zurückzuführen seien. *Raecke*[55] engte den Hypochondriebegriff dadurch ein, daß er meinte, »wo eine eingehende Untersuchung die Beschwerden auch nur zum Teil erklärt, da hat überhaupt keine echte Hypochondrie vorgelegen«. Dazu ist zu erwidern, daß das Vorhandensein einer eventuellen körperlichen Grundlage für die Entstehung der hypochondrischen Beschwerden nicht entscheidend ist. Wenn es zunächst schon auffallend ist, daß wirklich ernsthafte körperliche Erscheinungen nur selten in den hypochondrischen Ideengang einbezogen werden, was besonders *Wollenberg*[76] betont, so schließt andererseits ein organischer Krankheitsprozeß beim Hypochonder nicht aus, daß er diesen entweder quantitativ oder qualitativ gegenüber dem Gesunden »abnorm perzipiert« oder daß er unabhängig von diesem bestehenden Prozeß auf Grund unbedeutender anderer Reize einen besonderen Konnex hypochondricher Gedankengänge aufbaut. Nicht, je nachdem es sich um einen hypochondrischen Zustand handelt, der cum oder sine materia verläuft — wie die Unterscheidung von *Wollenberg* heißt — mit Abweichungen also, die man nach unserer heutigen klinischen Kenntnis als »krank« bezeichnen kann, ist für die Zurechnung des psychischen Zustandsbildes zur Hypochondrie entscheidend, sondern die Tatsache, daß zwischen fortlaufend vorgebrachten Klagen und einer gegebenenfalls festzustellenden körperlichen Affektion ein völlig inkongruentes Verhältnis besteht, gemessen an den bei Krankenbeobachtung überhaupt gemachten Erfahrungen.

Mit Recht sagt deshalb *Pick*[54], daß es »gleichgültig ist, ob eine materia die zugrunde liegende Krankheit bildet oder ob eine solche überhaupt nicht nachweisbar ist, insofern der zentrale Prozeß, der die Stimmungsanomalien, die Störungen der Vorstellungen und der Willenstätigkeit veranlaßt, derselbe bleibt; aber eine echte Hypochondrie ist trotz allem auch dann vorhanden, wenn der betreffende Kranke Träger einer somatischen Affektion ist, die den auslösenden Faktor für den zentralen Prozeß bildet«.

Digitized by Google

Von den französischen Psychiatern, die der Frage der körperlichen Unterlagen für hypochondrische Deutungen besondere Aufmerksamkeit schenken, spricht *Roy*[59] von einer psychischen Manifestation organischer Viszeralleiden. Nach ihm handelt es sich um Störungen der cénesthesie, die *Demy* (an gleicher Stelle) dem deutschen Ausdruck »Somatopsyche« gleichsetzt. (Wir setzen dafür lieber das Wort »Körperbewußtsein« oder besser noch »Körperbewußtheit« ein.) *Roy* definiert diese cénesthesie als »conscience du sympathic«. (Von einem möglichen Zusammenhang der »Gemeingefühle« mit dem vegetativen Nervensystem spricht auch *Kehrer*.)

Birnbaum[8] betont, daß »die hypochondrischen Wahnvorstellungen in ihren Anfängen in den weitaus meisten Fällen auf irgendwelche körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind«, eine Auffassung, die in dieser Formulierung nicht richtig ist, da man einleitende Sensationen, etwa im Bereich des vegetativen Nervensystems, zu deren Annahme man in einer großen Anzahl der Fälle berechtigt ist — wenn auch gesicherte Feststellungen darüber noch fehlen — nicht als körperliche Erkrankung im eigentlichen Sinne bezeichnen kann.

Rodiet[56], der zum Zustandekommen hypochondrischer Gedankengänge eine spezielle konstitutionelle Dauereinstellung, ein »tempérament« neben den »troubles cénesthesiques« als erforderlich ansieht, glaubt, daß letztere beim Vorhandensein oder auch Fehlen einer laesio des Sympathicus auftreten können, »aber immer in der Domäne dieses Nerven«.

Zu erwähnen ist dann in diesem Zusammenhang noch *Gans*[28], der von einem Patienten mit allen möglichen Bauchbeschwerden, die hypochondrisch anmuteten, berichtet, bei dem sich aber bei der Sektion ein Aortenaneurysma, das mit der Umgebung sehr stark verwachsen war, zeigte. Ein zweiter Patient mit fast dem gleichen Obduktionsbefund zeigte aber keinerlei Anzeichen von Hypochondrie. Man darf also wohl schließen, daß sich das Auftreten einer speziell hypochondrischen Reaktion im ersten Falle durch psychische Faktoren erklären läßt, die auf einer wahrscheinlich konstitutionell abnormen Grundlage sich auswirken.

Vigoroux[72] beschreibt ebenfalls Fälle mit einer latenten organischen Grundlage. *Benon*[6] vermutet einen Zusammenhang zwischen einer manifesten Gonorrhoe und einer Hypochondrie als psychopathischer Reaktion auf den Infekt.

Endlich ist dann noch *Kyaw*[43] zu erwähnen, der für die Entstehung von Neurosen einschließlich der Hypochondrie die nicht sehr einleuchtende Erklärung darin sucht, daß das Thyreoideahormon zur Entgiftung der übermäßigen Fleischnahrung zu stark in Anspruch genommen sei. Da dieses aber andererseits einen wachstumanregenden Einfluß auf Prostata und Ovarium ausübe, resul-

Digitized by Google

tiere für diese Organe ein Ausfall, aus dem eben die Neurosenentwicklung vor sich gehe. Wenn auch die enge Koppelung zwischen dem endokrinen System und dem vegetativen Nervensystem einerseits sowie die schon oben erwähnte wahrscheinliche Bedeutung des vegetativen Systems für »Gemeingefühle« betont werden muß, so ist damit für das eigentliche »Werden« der Hypochondrie, das letzten Endes ein seelischer Vorgang ist — Hypochondrie ist eben keine Neurose — nichts gesagt.

Wenn wir nun zunächst im Sinne dieser Abhandlung voraussetzen, daß hypochondrische Vorstellungen und Klagen — vorerst allgemein ausgedrückt — Äußerungen einer krankhaft veränderten Empfindungslage darstellen, so müssen wir zunächst einmal fragen, durch welche Faktoren diese Empfindungslage beim Hypochonder im Gegensatz zum Gesunden verändert ist. Da die Angaben Hypochondrischer für gewöhnlich bestimmt lokalisiert werden — es handelt sich nicht um Klagen allgemeineren Inhaltes z. B. körperlicher Unlustzustände oder motorischer Schwäche —, so muß man annehmen, daß bei diesen Klagen nicht irgendwelche »Körperhalluzinationen« vorliegen, sondern daß tatsächlich primäre körperliche, veränderte Empfindungen zugrunde liegen, die in ihrem Charakter gegenüber der normalen physiologischen Gefühlssumme verändert sind. (Über die psychologische Seite dieser Gefühle soll an dieser Stelle nicht gesprochen werden, ich darf da auf *Kehrer*[39] verweisen. *K.* betont, daß das »Heraustreten ganz besonderer Empfindungsgefühle . . . bestimmter Organe oder Abschnitte des Körpers aus dem Konsonanzgefühlszustande« als Ausgangspunkt hypochondrischer Zustände anzusehen sei. Normalerweise bleiben diese »Körpergefühlsempfindungen unter der Schwelle des Bewußtseins. Erst der reflektierte Mensch . . . kennt einen unterbewußten, unklaren Gefühlszustand, den er sich aber auch »dann erst klarzumachen beginnt, wenn sich in seinem Organismus schon etwas Krankhaftes abspielt«.) Wir müssen also annehmen, daß es sich zunächst um veränderte Bedingungen (in physiologischer Hinsicht) für die Aufnahme von Empfindungen aus dem Bereich des Körpers handelt. Man kann sich dies an einem Beispiel klarmachen. Wohl jeder Mensch kennt das Gefühl des »einschlafenden Beines«, ein Zustand, bei dem es infolge der Druckwirkung auf Nervenstämme einmal zu parästhesieähnlichen Reizerscheinungen kommt, andererseits das Oberflächengefühl nur noch dumpf, nicht mehr voll erfaßt werden kann. In analoger Weise sind vielleicht beim Hypochonder somatische Grundlagen für die körperliche Seite einer »Disposition« zur Hypochondrie gegeben. Auffallend ist in dieser Beziehung — wenigstens gilt dies für das Beobachtungsgebiet der Münsterer Klinik —, daß man bei den Hypochondern auch fast immer Zeichen einer

Digitized by Google

besonderen reizbaren Schwäche des vegetativen Nervensystems feststellen kann. Umgekehrt muß man allerdings auch die Frage aufwerfen, ob nicht diese häufigen vasomotorischen Erscheinungen erst wieder Folge eines dauernden psychischen Spannungszustandes sind. Ähnlich etwa, wie wir bei einer Kombination von Hypochondrie und Impotenz oft nicht unterscheiden können, ob es sich um hypochondrische Anschauungen handelt, für die der Impotenzzustand als Moment eines »Anstoßes« anzusehen ist, als eine »Impotenzhypochondrie« oder um eine »posthypochondrische« Impotenz.

Für den psychisch gesunden Menschen jedenfalls bleiben diese Mißempfindungen aber im Rahmen seines subjektiven Verständnisses oder durch Belehrung korrigierbar. Sie werden — solange sie nicht etwa durch Behandlung beseitigt sind — als lästige Sensationen registriert, sie bleiben etwas naturgemäß Ich-Fremdes, dem nur ein subjektiver, aber kein persönlicher Erlebnisinhalt zukommt. Der Hypochonder dagegen nimmt diese Mißempfindungen als »Empfindungsgefühle« mit einem gewissen Affekt auf. Er nimmt nicht nur den Endzustand des am Körper ablaufenden Reaktionsvorganges auf, für ihn wird auch der Reaktionsablauf als solcher bewußt, er apperzipiert den ganzen Vorgang mit voller Intensität als Erlebnis, assimiliert ihn gewissermaßen der »Persönlichkeit«, so daß ein Wiederabdrängen des betonten Reaktionsendzustandes aus der Bewußtheitssphäre und damit aus dem Vorstellungsbezirk nicht mehr gelingt.

Je öfter sich nun der periphere Reiz wiederholt, mit um so stärkerer Bindung wird an seinem ins Psychische aufgenommenen Effekt als Vorstellung festgehalten und so eine »Sensibilisierung« des psychischen Apparates bewirkt im Sinne einer erhöhten Ansprechbarkeit für gleichgerichtete Einwirkungen. (Analog verhält es sich mit einem etwa durch ein Trauma gesetzten Effekt oder auch bei einer unkritischen Aufnahme ärztlicher Äußerungen, falls diese zum Ausgangspunkt hypochondrischer Anschauungen werden.) Die ihnen damit zuteil werdende Überbetonung bedingt den überwertigen Charakter zunächst der Wahrnehmung, daß am Körper etwas geschieht, das nicht der ursprünglich gewohnten Empfindungslage angehört. So erklärt es sich, daß Hemmungen der Urteilsbildung, die beim normalen Menschen durch Kritik und bedingte Einsicht in die kausalen Beziehungen körperlicher Vorgänge vorhanden sind, auf die nun einsetzende Deutung der Vorgänge keinen Einfluß mehr haben. Der Hypochonder kompensiert das Körperbeeinträchtigungsgefühl durch ein überwertiges Krankheitsgefühl, in welchem es nun zu einer Verarbeitung der Eindrücke kommt, sie werden bei ihm zu einem effektiv krankhaften Geschehnis.

Dabei wird rückläufig die Vorstellung wieder an den Ort der

Digitized by Google

primären Wahrnehmung in der körperlichen »Peripherie« verlegt und für diesen Ort als Überzeugung eines organischen Krankheitszustandes lokalisiert.

Dabei ist zu betonen, daß seine Vorstellungen zwar in unserem Sinne »falsch« und in ihrem Ablauf eben durch die Eigenart des hypochondrischen Mechanismus in ihrer Wertigkeit verändert, aber in einer logischen Gedankenfolge aufgebaut werden. Dadurch grenzen sie sich von den Gedankengängen bei eigentlichen Psychosen, etwa der Schizophrenie, ab. Die Urteilsbildung, die ja immer durch relative Faktoren z. B. Einsicht und Intellekt beeinflußt ist, bleibt als solche eine richtige. Ebenso verläuft die Assoziation der Einzelideen ungestört. Es muß also der Ausgangspunkt des ganzen psychischen Geschehens, die beim Hypochonder »sublimierte« Anfangsvorstellung das für den pathogenetischen Zusammenhang entscheidende sein.

Schon oben ist erwähnt, daß die Furcht- und Krankheitszielvorstellungen beim Hypochonder in einem bestimmten Organ oder Gebiet des Körpers lokalisiert werden. Durch diese Lokalisation nehmen nunmehr die Vorstellungen Wirklichkeitscharakter an, im Gegensatz zum Neurastheniker, bei dem es sich mehr um nicht fixierte Befürchtungen handelt. Die Krankheitsvorstellung wird zur Krankheitsfeststellung. Er hat einen wirklichen Krankheitsglauben, die volle Überzeugung, die — so paradox es zunächst klingt — dadurch um so fester verwurzelt wird, daß er ja sichere, greifbare, Anzeichen körperlicher Schäden, an denen die Spannung seines Krankheitsgefühls sich objektivieren könnte, für seine einge»bildete« Krankheit nicht darbringen kann. Er erlebt ohne einen physikalischen Krankheitsvorgang die ganze Veränderung der seelischen Einstellung, die auch beim seelisch gesunden Menschen als notwendiges psychisches Korrelat des Krankheitsgeschehens eintritt. Er steigert sich in seinen Krankheitsglauben förmlich hinein, bei den fortgeschrittenen Fällen wird schließlich jede Funktion irgend in Beziehung gesetzt zu diesem »Krankheitszustand«, der im Mittelpunkt seines ganzen seelischen Lebens steht. Sein ganzes Denken und Sinnen wird auf den Körper bezogen; unter einer dauernden seelischen Spannung geht er immer wieder Reflexionen ein — beinah zwangsläufig — über seinen Zustand und über mögliche Folgeerscheinungen.

Im äußersten Falle kommt es unter Abstoßung oder Zurückdrängung sonstiger Lebensinteressen für Beruf, Familie und Gesellschaft usw. zu einer förmlichen Ich-Einkapselung des Hypochonders, in der seine Vorstellungen — wie in einem Käfig — nur noch um den einen Punkt kreisen, seinem Zustand ein möglichst großes Maß von Aufmerksamkeit, Beobachtung und Interessen-

Digitized by Google

aufopferung entgegenzubringen. Man hat von einem förmlichen »Persönlichkeitswandel« gesprochen. Menschen, die früher aufgeschlossen und interessiert waren, werden auf Grund ihrer krankhaften nunmehrigen egozentrischen Einstellung zu abgeschlossenen Egoisten.

Während nun bei der körperlichen Fixierung der hypochondrische Vorstellungskreis sich ursprünglich auf einen bestimmten Teil des Körpers richtet, unter Umständen sogar nur monosymptomatisch fixiert bleibt, kommt es in anderen Fällen, bei denen immer neue Körpergebiete und Funktionen in den Ideengang einbezogen werden — man könnte von einer horizontalen Ausbreitung dieser Hypochondrien sprechen — zu einer umfassenden hypochondrischen Tendenz dem Körper gegenüber. Dabei kann man die Feststellung machen, daß gerade beim einfachen, primitiven Menschen das Umfangsgebiet hypochondrischer Beobachtungen besonders groß ist. Der intellektuell höherstehende und in der ganzen Art und Weise seines Denkens kompliziertere Mensch kommt, da er meist doch durch ein gewisses Maß anatomischer und biologischer Kenntnisse, soweit sie für den Laien einsichtig sind, gehemmt wird, seltener zu so allgemeinen, den ganzen Körper umfassenden förmlichen Systemen. Bei ihm erstrecken sich die hypochondrischen Vorstellungen und Empfindungen eher nur auf besonders umgrenzte Teile des Körpers, vor allem auf Organe, für die schon vor dem eigentlichen Manifestwerden der Hypochondrie durch mannigfaltige Beziehungen ein gesteigertes Interesse vorhanden ist. Die bei ihm noch stärker vorhandene Kontrolle des Intellekts läßt nur eine Abreaktion der hypochondrischen Spannung in besonders interessenbetonte Teile des Körpers zu. Je einfacher — im systematischen Aufbau — jedoch das Vorstellungs- und Empfindungsleben ist, um so vitaler erfolgt bei entsprechender Veranlagung die Entladung von Körperempfindungen in hypochondrische Ideen. Man kann sogar klinisch — wie auch weiter unten — bei einem Teil der Fälle geradezu einen gewissen Grad debiler Einschränkung feststellen. Damit im Zusammenhang steht auch die Tatsache, daß gerade der Magen-Darmtraktus am häufigsten in hypochondrische Anschauungen einbezogen wird, weil hier auch für den Primitiven das Körper- oder Organerlebnis am aufdringlichsten und der Deutung am leichtesten zugänglich ist. Man kann darin auch eine — zwar nur vom Vorstellungsinhalt gesehene — Erklärung dafür finden, warum Männer das Hauptkontingent für Hypochondrie stellen, weil nämlich erfahrungsgemäß beim Manne auch dann, wenn lediglich ein gesteigerter Selbstbeobachtungstrieb besteht, dieser sich in bevorzugter Weise dem Verdauungsapparat zuwendet. — (Der entscheidende Grund dafür ist natürlich ein psychologischer und in der verschiedenen

Digitized by Google

psychischen Struktur und Tendenz beim Manne einerseits und bei der Frau andererseits zu suchen.)

Es wurde schon erwähnt, daß der Hypochonder sich in einem seelischen Spannungszustand befindet, der durch ein immer wieder zur Bewußtheit emporgehobenes Krankheitsgefühl erklärt ist. Das geradezu plastische Erleben eines Krankheitsgeschehens drängt ihn immer wieder aufs neue in Betrachtungen und grüblerisches Versenken in seinen Zustand hinein. So kommt er dazu, wenn er auch im allgemeinen in seinen affektiven Beziehungen zur Außenwelt auf Grund seiner psychischen Isolation weitgehend eingeschränkt ist, da, wo ihm Gelegenheit dazu geboten wird, seine Empfindungen in detailliertesten Schilderungen vorzubringen. So gibt es Hypochonder, die stundenlang ihrer Umwelt über die Art ihres Herzschlages oder über die Form und Konsistenz ihres Stuhlganges Vorträge halten können. Sie empfinden offenbar in dieser Entladung gleichzeitig, während sie dabei ihr Urhebertum an diesen Schilderungen zu vergessen scheinen, immer eine neue Bestätigung ihres Krankseins. Der »klassische« Hypochonder — und nur auf diesen zielen in vollem Umfang diese und die im folgenden gemachten Ausführungen — erfährt, obwohl er durch seine fortwährenden Grübeleien in einem unausgeglichenen, unlustgefärbten Gefühlszustand bleibt, gewissermaßen eine befriedigende Genugtuung in dem »Erkennen« und Registrieren seiner Beschwerden.

Dabei beruht, wie *Kehrer* sagt, die hypochondrische Stimmung »weniger auf dem Erlebnis der grade vorherrschenden Unlustgefühle, als auf der nicht ganz sicheren, aber doch nicht abschließbaren Erwartung ungünstigen Ausgangs«. Von einer ängstlichen Stimmungslage zu sprechen, ist nicht richtig. Wenn man auch die hypochondrische Gemütslage als eine durch eine Störung der normalen Gefühlskonsonanz gekennzeichnete Erwartung bezeichnen muß, so liegt doch der Akzent dabei auf der Erwartung. Der Vorstellungsablauf geht zwar unter einem gesteigerten Affekt vor sich, dem abschließende Ergebnisse dieses Vorstellens, der Krankheitseinbildung gegenüber aber bleibt die affektive Anteilnahme merkwürdig wenig ausgeprägt. Man hat oft den Eindruck einer zu den Klagen im auffallenden Gegensatz stehenden Indifferenz der Stimmung. Man kann das Resultat, das sich aus dem fortwährenden vergeblichen Bemühen um eine abschließende Einsicht in seinen Zustand entwickelt, am besten als eine leidvolle Mißstimmung, ein Unbefriedigtsein bezeichnen. Selbst der Pessimismus, den man bei eingefleischten Hypochondern gelegentlich findet, ist durch eine eigentliche Erlebnisarmut gekennzeichnet. Das betont auch *Krafft-Ebing*, der schreibt: »Im Vorstellen und Fühlen kommt es zu einer trostlosen psychischen Anästhesie, der

Digitized by Google

auch die Sinneswahrnehmung anheimfällt... Hemmung der gesamten Leistungsfähigkeit, Apathie und Anenergie.« Andererseits ist aber der Affekt des Ausdrucks der hypochondrischen Klagen im Vergleich zum Ausdrucksaffekt des seelisch Gesunden erheblich gesteigert. Eine gewisse Schwatzhaftigkeit des eigentlichen Hypochonders ist von Ausdrucksbetonungen in allen Graden der Abstufung getragen. Manche Hypochonder können sich nicht genug darin tun, ihrem Gesprächspartner immer wieder in dicksten Farben ihren Leidenszustand vorzumalen. Man kann demnach von einer Inkongruenz der Affektbesetzung im Erleben und im Vorbringen des hypochondrischen Krankheitsgefühles sprechen.

Die übermäßige Bindung an seine Empfindungen und Vorstellungen und auf der anderen Seite ein Entfremdungsgefühl gegenüber den Vorgängen der Außenwelt bedingen einen bestimmten Grad von Starre und Monotonie des Seelenlebens beim Hypochondrischen. Er kommt dazu, seine Feststellungen — wieder ein Zeichen der fehlenden Kritikfähigkeit — als gesicherte Tatsachen anzusehen, die er gegen alle Korrektur, die von außen an ihn herangetragen wird, gleichsam verteidigen muß. Es gelingt beim Hypochonder wohl — das ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem klinischen Bilde der Paranoia — durch einen besonders eindrucksvollen Einfluß z. B. des Arztes, seine Überzeugungen momentan umzustoßen. Sobald aber dieser Eindruck fortfällt und damit der Weg für die Triebhaftigkeit seines Krankheitsdeutens wieder frei wird, ergreift er um so lieber die nächste Andeutung von irgendwelchen Krankheitsvorgängen oder das Aufmerksamwerden auf einen aus dem Körper stammenden Reiz, um sich wieder in das »Ghetto« seines Krankheitsglaubens zurückzuziehen und bei der nächsten Gelegenheit in unveränderter Systematik seine Beschwerden vorzubringen. Ein Teil von ihnen kommt auch zu der Überzeugung, daß es sich bei ihnen um ein neues, noch unbekanntes Krankheitsbild handele, von dem eben die »Medizin« noch nichts wisse. Sofern diese Überzeugung nicht durch das Zwangsmäßige der Krankheitseindrücke und deren immer wieder erfolgende Anreicherung schon psychologisch erklärt ist, muß man darin einen Ausweg des »Intellekts« vor entgegenstehenden ärztlichen Äußerungen erblicken. Der Hypochonder sucht eben immer aufs neue nach einer Sicherung seiner Anschauungen und ergreift deshalb jede nur möglichen Gründe um, unter Zurückweisung der nicht zu seinen Schlußfolgerungen passenden Urteile, diese vor sich selbst zu rechtfertigen.

Damit im Zusammenhang stehen Versuche, irgendwelche beweiskräftigen Stützpunkte für seine Auffassungen nach außen hin beizubringen. Der Hypochondrische kommt aber nicht dazu, seine

Digitized by Google

Vorstellungen durch eine Dysfunktion zu realisieren. Er verfällt selten — jedenfalls der echte Hypochonder nicht — auf den Ausweg, den Körper als Werkzeug zu Manifestationen im Sinne seiner Anschauungen zu benutzen. Er nimmt vielmehr bisher nicht beachtete und beobachtete Funktionen, um auch durch ihre wieder falsche Deutung ein neues Gewißheitsmoment zu erlangen. Dahin gehört z. B. das bei Hypochondern so beliebte Zählen des Pulses. Der Hypochonder »beobachtet die körperlichen Funktionen aufs genaueste und stattet sie mit einer Unzahl von Sensationen aus, die Funktionen selber gehen aber dabei ihren Gang« (*S. Meyer*[50]). Wenn »hypochondrische Anfälle« beschrieben sind oder wenn z. B. *Seglas et Logre*[65] von einer Kranken berichten, die steif war aus Furcht, die Bewegungen könnten die Nerven angreifen, so gehört das im strengen Sinne nicht mehr zur Hypochondrie. Man muß darin vielmehr mit *Kehrer* schon »einen hysterischen Ausweg aus der hypochondrischen Einstellung sehen«. Ebenso verhält es sich mit dem Aufstoßen, Magenkollern und ähnlichen »Krankheits«-symptomen, wenn man darin nicht, da der Hypochonder nicht immer eine spekulative Absicht damit verfolgt, Demonstrationen sieht, die auch wieder der Selbstvergewisserung dienen, also sozusagen »Autodemonstrationen«.

Bekannt ist, daß die hypochondrische Einstellung bei entsprechenden Bedingungen, als die wir neben allen exogenen Einflüssen in erster Linie ein besonderes seelisches Gerichtetsein, eine konstitutionelle Grundlage, ansehen müssen, bis zu einem regelrechten System sich steigern kann, bis zu einer schematischen Tendenz, alle nur möglichen und irgendwie der Beobachtung zugänglichen Körperzonen unter hypochondrischem Aspekt zu betrachten. Dieses System, das, wie *Kehrer* sagt, »seiner Geschlossenheit nach manchmal so wenig hinter demjenigen eines größen- oder verfolgungswahnsinnigen Paranoikers zurücksteht, daß man geradezu von einem Krankheitserfindungswahn sprechen könnte«, ist auch der Grund dafür, daß man, sofern man sie überhaupt noch als Krankheitseinheit sah, die Hypochondrie dem klinischen Bild »Paranoia« als Unterform anreihte.

Demgegenüber müssen nicht unwesentliche Unterschiede geltend gemacht werden. Zunächst ist hinsichtlich der Vorstellungsrichtung durch die krankhafte Abweichung in der Erfassung und Verarbeitung des Körperempfindens eine Veränderung in der Auffassung alles dessen, was außerhalb des Ich-Bereiches liegt, nicht bedingt. Auch die Wertableitung der Ideen ist eine andere; die hypochondrischen erstrecken sich nur auf Dinge des körperlichen Geschehens, und zwar — kausal aufgefaßt — aus einer im Körper selbst gelegenen Ursächlichkeit. Sie sind nicht von einem Fremdbeeinträchtigungsgefühl getragen, das den eigentlichen Paranoiker

Digitized by Google

kennzeichnet. Dieser verwächst in der Persönlichkeitssphäre mit dem Inhalte seiner wahnhaften Außenweltvorstellungen. Dabei ist, vom »Ich« aus gesehen, seine Beteiligung eine aktivierte. »Ich bin, ich kann, ich werde« sind Äußerungsformen für ein gesteigertes vitales Gefühl beim Paranoiker. Auch der Verfolgungswahnsinnige bezieht seine Vorstellungen immer auf das herausgeschobene Ich. Die paranoische Einstellung ist egozentrisch, die des Hypochonders ich-beengt.

Auch im Vorstellungsinhalt bestehen durchgreifende Unterschiede. Wenn der Hypochonder sich, wie *Steckel* sagt, in »phantastisch-allegorischen Bildern ergeht«, so bleiben diese eben allegorisch, haben immer nur Symbolcharakter. Sagt der Hypochonder z. B.: es ist, als ob ich den Teufel im Leib habe, so heißt das doch nicht: ich bilde mir ein, den Teufel wirklich im Leib zu haben, sondern ist nur der möglichst drastische Ausdruck für das Quälende der Sensationen, die der Hypochonder nicht wieder los wird. Die Nichtbeachtung dieses »Als-Ob«-Charakters wird in vielen Fällen der Grund gewesen sein, daß man von »deliranter, wahnhafter« Färbung auch bei den Bildern echter Hypochondrie gesprochen hat. Und schließlich ist auch die Monotonie des hypochondrischen Systems anders begründet als die Unveränderlichkeit des paranoischen Wahnsystems.

Ebenso ist ein wesentlicher Unterschied gegenüber dem schizophrenen Kreis vorhanden. Hier ist auf Grund von Veränderungen tieferer seelischer Bezirke ein absoluter Glaube an die »Echtheit« der Halluzinationen und Illusionen entscheidend. Hier sind aus der Außenwelt bezogene Maßstäbe nicht wie beim Hypochonder verdrängt, sondern im Vorstellungsbereich nicht vorhanden. Vor allem besitzt der Hypochonder nicht den schizophrenen Willensdefekt, da es sich bei ihm neben der falschen Krankheitsempfindung um eine rückläufige willensmäßige Einstellung handelt und zwar um eine durchaus zielbewußte.

Wichtiger ist die Abgrenzung gegenüber dem manisch-depressiven Irresein, da man z. T. die hypochondrische Stimmungslage — übrigens nicht berechtigt, wie oben angeführt wurde — summarisch als Depression auffaßt. Die »traurige Gemütsbeengung«, ein Kardinalfaktor der Depression, ist bei dem mehr reflektiert eingestellten Hypochonder nicht so bevorzugt ausgeprägt. Vor allem sind Selbstbeschuldigungs- oder Unwürdigkeitsgefühle beim Hypochonder selten vorhanden, in direktem Zusammenhang mit seinem Zustand nie. Die ganze Veränderung des Hypochonders, auch in sozialer Hinsicht, seine Unproduktivität auch in Dingen, die nicht seinen Auffassungen verwandt sind, sind nicht die Folge einer psycho-biologischen inneren Hemmung, sondern Folge einer genetisch gesteigerten Ich-Einkapselung und der dadurch hervorgerufenen

Digitized by Google

Minderung des Interessenumfanges. Von Autoren, die besonders in der letzten Zeit ihre Beobachtungen an Hypochondern im Sinne einer Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein allgemein ausdeuteten, nenne ich hier *Pick*[54], *Haberkandt*[31], *Lorrand* (l. c.), *Carp* (l. c.), *Nouet et Lautière* (l. c. und *Schwarz*[64].

Besonders ist dann endlich noch das nosologische Verhältnis der Hypochondrie zur Hysterie Gegenstand eingehender Erörterungen gewesen. Von Autoren, die zwischen beiden psychopathischen Reaktionsformen unterschieden wissen wollen, erwähne ich *M. Meyer*, *Raecke*[55], *Gillespie*[29] und *Kehrer*[39]. *Gillespie* führt als ein Kennzeichen für Hypochondrie im engeren Sinne an, daß sie sich von der Hysterie dadurch differenziere, daß sie nicht mit Störungen der willkürlichen Innervation verbunden sei. *Kehrer* erwähnt, daß »sowohl die seelische Einstellung wie die Symptome beim Hypochondrischen grundsätzlich andere sind als beim Hysterischen«. Hier zu dieser Frage nur einige Bemerkungen. Der wesentliche psychologische Unterschied liegt in der Tendenz der Einstellung zur Außenwelt, wenn anders man von einer solchen beim Hypochonder überhaupt sprechen kann. Beim Hysterischen geht die Zielrichtung vom Ich zur Außenwelt, er projiziert auf ein »Objekt« im weitesten Sinne. Es kommt ihm darauf an, »von der Umwelt irgendwie als leidend oder bemitleidenswert behandelt zu werden«; dabei sind seine Manifestationen affektbetonte Kurzschlußhandlungen. Beim Hypochonder dagegen findet, wie schon mehrfach gesagt, ein Rückgang von der ursprünglicheren Objekt-Hinwendung zur Ich-Rückwendung — die psychoanalytische Auffassung sagt in ihrem Sinne von der Objekt-Libido zur Ich-Libido — statt. Es kommt in dieser Ich-Einengung zu einer besonders intensiven Verarbeitung seines Körpererlebens, zu einem Hineinsteigern in Vorstellungskreise, deren Inhalt er erst sekundär als reaktive Entäußerung seiner seelischen Haltung in die Außenwelt in Form dauernder Klagen wieder von sich gibt. Dabei ist für ihn auch nicht der Körper als solcher Gegenstand der Reaktion, sondern der am Körper verlaufende »Krankheitsprozeß«. Endlich produziert der Hypochondrische keine »Symptome«, sondern ihm sind Klagen und Schilderungen sowie eine übertriebene Rücksichtnahme auf den Körper der analoge Ausdruck seines Leidensgefühles.

An dieser Stelle ist also zusammenzufassen, daß die bei Hypochondern immer wiederkehrenden Klagen, ihr Leidensgefühl und ihre Abkehr von der Außenwelt auf einem eigenartigen psychischen Reaktionsmodus beruhen, der seinem seelischen Entwicklungsgang, der Art seiner Äußerung und seiner Affektbetonung nach einen eigenwertigen Charakter trägt.

Diese Ausführungen stützen sich auf die Kenntnis und Be-

Digitized by Google

obachtung von etwa 40 Fällen von Kranken mit umschriebenen hypochondrischen Vorstellungen. Sie sind ein Teil des Gesamtmaterials Hypochondrischer, die im Beobachtungskreis der psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Münster in der Zeit von 1925 bis 1930 zur Erfassung kamen. Dabei soll gleich von vornherein betont werden, daß es sich keineswegs in allen Fällen um einen abgeschlossenen Gesamtzustand hypochondrischer Einstellung im Sinne dieses Aufsatzes handelt. Vielmehr entspricht nur der kleinere Teil von ihnen dem oben skizzierten Bilde, während es sich bei den übrigen mehr um das Auftreten hypochondrischer Gedankengänge im Sinne isolierter überwertiger Ideen handelt. Man muß an Hand der klinischen Beobachtung überhaupt zu der Ansicht kommen, daß wirklich umschriebene »systematische« Hypochondrien seltener sind als man z. T. anzunehmen gewohnt ist. Die häufige Diagnose »Hypochondrie« beruht wohl auf einer zu unklaren Abgrenzung, teils auch darauf, daß man depressive Affektzustände mit irgendwelchen Furchtäußerungen, die sich auf körperliche Vorgänge beziehen, oder auch Befürchtungen im Sinne der Angstzustände, andererseits aber auch ausgesprochene Körperwahnvorstellungen diesem Bilde zurechnet, zu dem sie im eigentlichen Sinne nicht gehören.

Die Anführung aller beobachteten Fälle im Rahmen dieser Arbeit ist nicht möglich, ist auch nicht erforderlich, weil ein großer Teil, von unwesentlicheren Variationen abgesehen, sich gleicht. Das ganze Material ist in zwei große Gruppen geordnet, je nachdem ob es sich im Einzelfalle um Syndrome hypochondrischer Ideen oder um komplexe Zustände handelt. Für beide Gruppen sind die typischeren Fälle angegeben, während die übrigen mehr summarisch zusammengestellt sind. Die Fälle, die als wirkliche Krankheitseinheit im Sinne dieser Arbeit aufzufassen sind, sollen in diesem Zusammenhang eine eingehendere Besprechung erfahren. Es muß noch erwähnt werden, daß bei einer Anzahl von Fällen eine abschließende und über längere Zeiträume sich erstreckende Zustandsbetrachtung nicht möglich ist, da es sich um poliklinische Patienten handelt.

Zur ersten Gruppe gehören Fälle, bei denen hypochondrische Äußerungen sich z. T. an bestimmte eindrucksvolle Erlebnisse anknüpfen und als Folgezustände dieser in ihrem Umfange begrenzt bleiben sowie Grenz- und Überschneidungsfälle bei anderen seelischen Krankheitsbildern, bei denen man die hypochondrischen Ideengänge ihrer Wertigkeit nach als beigeschaltet ansehen muß.

Fall 4: 34jähriger Invalide, früherer Grubenarbeiter.

Der Patient ist im Felde 1916 durch einen Steckschuß am Schienbein verwundet worden, wobei die Wunde folgenlos verheilt ist. Seitdem die Wunde

Digitized by Google

geschlossen ist, hat er von dieser Stelle ausgehend Kribbeln und Ameisenlaufen am ganzen Körper. »Es zieht vom linken Bein aus bis in den Kopf, es ist wie ein Schlag in den Nacken, wie ein Blitz, wie mit der Peitsche. Ich habe das Gefühl wie ein lebendiges Fressen im nackten Fleisch.« Weiter klagt er über »Kratzen« in der Herzgegend, er hat sich oft Gedanken darüber gemacht. »Ich muß immer wieder daran denken, weil es gar nicht besser wird.«

Befund: Kopf angeblich diffus klopfempfindlich, innere Organe o. B., sämtliche Reflexe ziemlich lebhaft, am linken Bein etwas schwächer. An der Außenseite des linken Schienbeines reizlose Narbe, unterhalb derselben wird die Oberflächensensibilität als herabgesetzt angegeben. Stark gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit und Hyperhydrosis. Conjunktivitis vasomotorica.

Es handelt sich hier also um hypochondrisch ausgewertete Körperempfindungen, die fälschlich zu der bekannten Ursache des Traumas in Beziehung gesetzt werden, in Wirklichkeit aber als Erscheinungen einer vegetativen Neurose anzusprechen sind.

Fall 6: 31jähriger Dachdecker.

Patient klagt seit einem Jahre über Gefühle in der Herz- und Magengegend, »wie wenn eine Ziehharmonika auf- und abgezogen würde. Wenn Blähungen abgehen, läßt es nach.« In schlechter Luft sei es besonders stark, »wie eine Beklemmung in der Magengegend, es drückt dann nach dem Halse, so daß es noch schlimmer wird«. Im Magen habe er öfter ein »Knurren« beobachtet, besonders zu Beginn der Mahlzeit. Das habe doch sicher etwas zu bedeuten. Im letzten Winter sei es so schlimm gewesen, daß er nicht im Zimmer, sondern auf dem Hofe habe schlafen müssen, weil er meinte, dadurch könne er die Beschwerden bessern. Er führt alles auf eine ärztliche Behandlung zurück, die er wegen eines »Druckes« in der linken Brustseite in Anspruch genommen habe. Seitdem er die ihm damals verordnete Medizin genommen habe, habe er die oben geschilderten Beschwerden. Er verspürt auch einen Druck über dem Auge. Innerlich sei er sehr aufgeregt, er müsse viel über sein »Leiden« nachdenken. Im ganzen habe es sich wohl schon etwas gebessert, er müsse sich aber genau danach einrichten; so ißt er z. B. kein Fleisch, weil dann der Magen drücke. Vor dem Gewitter sticht es ihm in der linken Brust, »es ist so ein Gefühl, als ob etwas geschwollen ist«, auch habe er Bluttropfen in der Nase beobachtet. Abwechselnd habe er Durchfall oder Verstopfung, zeitweise sei der linke Hoden angeschwollen und stehe höher.

Aus der Familienanamnese ergibt sich nichts Besonderes. Körperlich mittelkräftig gebaut. Lunge, Herz und übrige innere Organe o. B. An der rechten Brustseite ausgedehnte Brandnarbe (Verbrühung im Kindesalter), Beweglichkeit im linken Knie leicht behindert, Reflexe am linken Bein etwas schwächer, keine Atrophie. Darauf aufmerksam gemacht, erzählt er, er habe früher »Gelenkrheumatismus« gehabt. In der rechten regio scapularis Schrapnellverletzung (Pat. ist Kriegsteilnehmer gewesen), sonst Befund, abgesehen von einer starken vasomotorischen Übererregbarkeit, ohne Besonderheiten. Psychisch nicht auffällig, stark mit sich selbst beschäftigt.

Nach mehrwöchiger poliklinischer Behandlung fühlt er sich etwas besser. Bei einer Wiedervorstellung nach weiteren zwei Monaten bringt er wieder seine Klagen über das »Ziehharmonikagefühl« vor und ist um seinen Zustand besonders besorgt.

Digitized by Google

In diesem Falle sind zwei Tatsachen als besonders bemerkenswert herauszuheben, einmal die Anknüpfung an eine ärztliche Konsultation, und weiter die Tatsache, daß wirklich vorhandene Veränderungen, die schon seit früher Kindheit vorhandene Narbe an der rechten Brustseite, die Schußverletzung an der rechten Scapula, für die man doch eine besondere Erinnerungsbetonung annehmen sollte, sowie die Behinderung im linken Kniegelenk in die hypochondrischen Betrachtungen nicht einbezogen werden. Dagegen werden von dem Patienten Wahrnehmungen, die für ihn ja in ihrer Eigenschaft als vegetative Reizerscheinungen nicht erklärbar sind, schon mit einer etwas querulatorischen Schattierung auf eine falsche ärztliche Behandlung zurückgeführt. Grade diese besondere querulatorische Ausdrucksform, die bei Hypochondrischen ja bekanntlich nicht selten vorkommt, ist als Ausdruck der Ich-Einengung anzusehen.

Fall 16: 45jähriger Schlosser.

Der Patient ist in den letzten 14 Jahren als Vorschlosser beschäftigt gewesen. In der Familienanamnese nichts Besonderes. Ist in der Schule gut mitgekommen und wurde dann gleich Schlosser. Aktiv gedient hat er nicht wegen einer Blutvergiftung und Versteifung an der linken Hand. Ebenso war er nicht Kriegsteilnehmer. Im Jahre 1925 erlitt er einen Betriebsunfall; es sei ihm eine Fußbodenbohle »direkt mitten auf den Kopf« gefallen. Danach sei er »zusammengesackt« und habe starke Schmerzen gehabt, aber weder Erbrechen noch andere Störungen. Auch habe er gleich wieder gearbeitet, ohne krank zu feiern bis zum September 1925. Damals erlitt er wieder einen Betriebsunfall, wobei er mit dem Kopf gegen die Seitentür eines Eisenbahnwagens stieß. Trotzdem er sich genau inspizierte, konnte er aber am Kopf nichts von einer Schnittwunde, die er zu haben glaubte, feststellen. Er hat dann wieder 14 Tage gearbeitet, bis er eines Morgens beim Aufstehen schwindelig geworden sei. Dabei habe er ein »Zucken« in den Kopf bekommen, das sich innerhalb von drei Tagen mehrmals wiederholt habe, so daß er den Arzt hätte zu Rate ziehen müssen. Nach dreiwöchigem Hausaufenthalt habe er beim Arbeiten wieder Schwindel bekommen und sei dann ins Hospital in O. aufgenommen worden. Hier wurde bei einer Röntgenaufnahme eine Verletzung des Schädels festgestellt. »Von der zweiten Schädeldecke war ein Knochen abgesplittert, das Zuheilen nahm zuviel Platz weg und drückte auf das Gehirn.« Nach dieser Untersuchung hat er nicht mehr gearbeitet, weil er 100 Prozent erwerbsunfähig sei. Er klagt jetzt über Schwindel, der von der Witterung abhängig sei. Im Sitzen, wenn er die Arme aufstützt, hat er keinen Schwindel, ebenso im Liegen nur selten.

Er fühle sich jetzt sehr krank, im Hospital in O. habe der Arzt damals mehrere Male gesagt: H., es sieht sehr schlimm mit Ihnen aus, Sie haben eine Schädeldeckenverletzung und operativ vorzugehen ist zu gefährlich.

Befund: Allgemeinzustand und innere Organe ohne krankhaften Befund. Am Kopf ist keine Narbe sichtbar, auch wird Beklopfen des Kopfes nicht als schmerzhaft empfunden. Hirnnerven o. B. Die beiden kleinen Finger der linken Hand sind verkrüppelt (siehe oben). Bei Fuß-Augenschluß kein Gleichgewichtsverlust, im übrigen neurologisch o. B. Auch in psychischer Hinsicht nicht besonders auffällig, vor allem keine Gedächtnislücken und keine

Digitized by Google

erkennbare Urteilsschwäche. Mehrfache Röntgenaufnahmen ergaben keinerlei Veränderungen des knöchernen Schädels.

Somit hat sein ungewöhnlich gesteigertes Krankheitsbewußtsein seinen Ursprung in der überwertigen Vorstellung, daß durch den Unfall eine angeblich im Röntgenbild nachweisbar gewesene Schädigung von Schädelknochen erfolgt sei und daß sich daraus ein gefährliches, unheilbares Leiden entwickele. Ob die von ihm angeführten ärztlichen Äußerungen in seiner Formulierung richtig sind, muß dahingestellt bleiben, jedenfalls hat er sie zu einer wesentlichen Stütze seiner hypochondrischen Anschauungen ausgewertet.

Dieser Fall bietet deswegen ein besonderes Interesse, weil er nach zwei Jahren nochmals untersucht werden konnte.

Er brachte genau wieder die gleichen Klagen vor, besonders über Schwindel, der noch stärker geworden sei, nachdem er im Jahre 1929 wieder zu arbeiten versucht habe. Er gibt dann genaueste Schilderungen über die verschiedenen Schwindelanfälle und die Art und Weise ihres Auftretens in schriftlichen Festlegungen. Er klagt jetzt auch noch über Kopfschmerzen, wobei ihm besonders der Scheitel schmerze, vorwiegend dann, wenn er an die frische Luft komme. Er hat ausprobiert, daß der Schwindel auf einer Asphaltstraße eher auftritt als auf einer gepflasterten. Er sei leicht aufgeregt und zittere am ganzen Körper.

Der Befund ist der gleiche wie früher angegeben. Augenärztlicherseits fand sich beiderseits Alterssichtigkeit und ein geringer Hornhautastigmatismus. Im inneren Winkel der linken Orbitahöhle eine kleine dunkelblau gefärbte Narbe; an dieser Stelle hat er sich angeblich öfter »so trockenen Krams herausgeputzt«, von dem er annimmt, daß es Blut sei, das von der bei dem Unfall erlittenen »innerlichen Kopfblutung« herrühre.

Wesentlich ist in diesem Falle das starre Festhalten an seiner hypochondrischen Auslegung eines geringfügigen Traumas und das Anreichern dieser isolierten hypochondrischen Idee durch neue Beobachtungen.

Fall 20: 24jähriger Student.

Wenn Patient einen halben Tag nichts ißt, dann »setzen die Nerven aus«. Er bemerkt eine wellenförmige Bewegung seines Magens, »die Magensäure tritt in die Nerven über und lähmt sie vollständig«. Wenn er abends nüchtern ins Bett gehe, könne er sich am anderen Morgen kaum rühren. Dabei achtet er im Bett in besonderer Weise auf seinen Körper, er fühle oft das Zittern des Magens und höre sogar das »Wellenplätschern«. Oft habe er Stiche und Schmerzen in den Arm- und Beinmuskeln. Er glaubt an ein bei ihm vorhandenes besonderes Magenleiden.

Aus der Anamnese ergibt sich, daß der Vater das gleiche Leiden habe »oder wenigstens so ähnlich«, auch mehrere der Geschwister hätten fast ein gleiches Leiden.

Der körperliche Befund bietet, abgesehen von einer vasomotorischen Übererregbarkeit und sehr lebhaften Reflexen keine besondere Abweichungen. Psychisch ist er sehr sensitiv, leicht verletzlich.

Digitized by Google

Hier liegt ein Fall von hypochondrischer Körperbeobachtung und Wahrnehmung vor, ohne daß noch »fertige« Erwartungs- oder Krankheitsvorstellungen daran geknüpft sind. Aber grade die für einen Menschen dieser Bildungsstufe immerhin sensationellle Aufnahme von Körperempfindungen zeigt deutlich schon eine Bereitschaft zu hypochondrischen Reaktionen. Aus der Anamnese ist noch besonders der Hinweis von Wert, daß es sich offenbar um eine konstitutionelle Veranlagung zu solchen Auffassungen handelt.

Bei Fall 24 handelt es sich bei einer 54jährigen Lehrerin, die über mangelnde Bewegungsfähigkeit der Zunge und über ein im Spiegel festgestelltes »Dickerwerden der unteren Gesichtspartie« klagt, um eines der öfter beschriebenen hypochondrischen Zustandsbilder in der Übergangsperiode des Klimakteriums, in dem hypochondrische Vorstellungen besonders häufig zum Ausbruch kommen, wohl aus dem Grunde, weil durch allgemeine körperliche Umbildungsvorgänge eine gewisse Unsicherheit in der Bewertung von Körperempfindungen überhaupt auftritt, etwa im Sinne einer Störung des »Körperschemas« *Schilder*s. Analog sind auch die zur Pubertätszeit vorkommenden, dann allerdings häufiger passageren hypochondrischen Zustände zu erklären. In diesem Falle zeigt sich besonders auch die oben erwähnte Bindung der Vorstellung an ein mit erhöhtem Wert ausgestattetes Organ — im vorliegenden Falle der Mund — beim intellektuell Höherstehenden.

Fall 28: 23jähriger Student.

Patient gibt an, vor ungefähr eineinhalb Jahren kurz vor dem Abitur ein Bohren im Nacken beim Lesen und Schreiben empfunden zu haben, das allmählich in ein »Knacken« übergegangen sei. Dann sei ein »Zucken« in der Muskulatur aufgetreten und zwar so, daß einmal dieser und darauf jener Muskel »angespannt und dann wieder losgelassen« wurde, so ungefähr ein- bis zweimal hintereinander. Er habe sich viel Gedanken darüber gemacht, weil er annahm, es handele sich um eine Rückenmarkserkrankung. Er habe einen Monat lang nicht richtig geschlafen und wenn er wach im Bett lag, habe er über das kommende Examen nachgedacht, weil er meinte, daß er es nicht bestehen würde. Nach dem Examen sei er dann beschwerdefrei gewesen, bis er dann im letzten Semester in M. wieder unter den gleichen Beschwerden zu leiden gehabt habe. Er schläft jetzt nachts schlecht, glaubt, daß dies vom Magen herrühre, denn wenn er auf den Magen drücke, tue es ihm weh. Ein Knochen der Halswirbelsäule stehe vor (7. H. W.!), er glaubt, daß das etwas Besonderes zu bedeuten habe.

Befund: Mittelkräftig, innere Organe o. B. Herzaktion etwas beschleunigt und Töne leicht paukend. Mäßige Akrocyanose und sehr lebhafte vasomotorische und mechanische Muskelerregbarkeit. Nervensystem sonst ohne krankhafte Abweichungen. In psychischer Beziehung ohne Besonderheiten.

Obwohl man zunächst geneigt sein könnte, hier einen »neurasthenischen« Schwächezustand beim Examen anzunehmen, so zeigt doch das nach einem bestimmten, durch die Neuartigkeit des Lebenskreises als Student beeinflußten Zeitablauf wiederkehrende

Digitized by Google

hypochondrische Bewerten falschgedeuteter Beobachtungen — so besonders der Gedanke, daß das Vorspringen des 7. Halswirbels irgendeine Krankseinsbedeutung habe — die eigentliche Grundlage einer das Körpererleben betreffenden psychischen Koordinationsstörung.

Fall 33: 39jähriger Bauarbeiter.

Patient klagt über auf- und abziehende Schmerzen als ob ein Geschoß (siehe unten) in der Speiseröhre »immer auf- und abrutsche«. Die Schmerzen seien dauernd, am heftigsten vor den Mahlzeiten, »so als ob das Geschoß den Magen auskehrte«. Nach dem Essen ist es wieder etwas besser. Mitunter hat er »kolossale Stiche in der Herzgegend, so daß ich nicht richtig durcharbeiten kann. Die ganzen oberen Organe sind beteiligt, das hängt alles mit dem Geschoß zusammen. Wenn das Geschoß richtig am Quälen ist, dann spüre ich es bis oben an die Luftröhre, ich muß dann husten und es ist grade, als ob das Geschoß dann eine andere Lage sucht. Ab und zu habe ich auch Kopfschmerzen, das kommt aber vom Magen her, als wenn das Geschoß alles durcheinanderdrehte, dann ist es so, als ob das Geschoß zum Halse heraufsteigt, so als ob es zum Kopfe heraus wollte, als ob es zur Nase heraufstiege.« Ferner hat er ein Druckgefühl über der Nase, über den Augen und hinter der Stirne, es werde ihm oft schwarz vor den Augen, auch oben in der Wirbelsäule und im linken Schulterblatt habe er Schmerzen, »das hängt alles zusammen, das ganze Werks«.

Patient wurde 1915 im Felde durch Schrapnellkugeln verletzt, eine links in der Brust steckende wurde entfernt, eine weitere in der linken Brust blieb bis heute dort sitzen. Nach Abheilung seiner Verwundung war er wieder als k. v. an der Westfront. Danach sei er krank geworden wegen Schmerzen in der linken Brust. »Das Zwerchfell war dick geworden, so daß ich es außen fühlen konnte.« Später wurde er nochmal verschüttet, kam dann wieder an die Front und wurde bei Kriegsausbruch als gesund und ohne Rente entlassen. Nach dem Kriege nahm er seine Arbeit als Tiefbauarbeiter wieder auf. Seit 1927 hat er angefangen zu »doktern«. Auf genaueres Befragen gibt er an, daß er wegen Halsschmerzen zum Arzt gegangen sei, den er dann auch gefragt habe, ob seine Beschwerden vielleicht mit der Kriegsverletzung im Zusammenhang stehen könnten. Der Arzt habe ihm erklärt, es könne wohl noch ein Geschoß darinstecken, aber man könne daran doch nichts machen, denn an dieser Stelle könne nicht operiert werden. Bei einer späteren ärztlichen Untersuchung habe man ihm dann den Gefallen getan und eine Röntgenaufnahme der linken Brustseite gemacht, wodurch er zum ersten Male sicher erfahren habe, daß noch eine Kugel in der Brust stecke.

Familienanamnese o. B.

Befund: Normaler Kräfte- und Ernährungszustand, gerötete Gesichtsfarbe, Conjunctivitis vasomotorica. Schilddrüse nicht vergrößert. Innere Organe o. B. Starke Schweißsekretion, stark gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit. Blutbild o. B. Im Bereich der Hirnnerven keine besonderen Störungen. Beweglichkeit im linken Schultergelenk unbehindert, keine Atrophien. Reflexe beiderseits gleichmäßig lebhaft. Auf der linken Brustseite kleinere reizlose Einschußnarben. Im Röntgenbild zeigte sich, daß noch eine Schrapnellkugel auf der linken Seite im hinteren unteren Brustraum extrapleural sitzt.

Digitized by Google

Die Kugel ist folgenlos eingeheilt und die untersuchende medizinische Universitätsklinik hält es für nicht vorstellbar, daß die geklagten Beschwerden von der Kugel ihren Ausgang nehmen können.

Bemerkenswert ist hier, daß der Patient sich völlig in den Gedanken hineingelebt hat, daß seine vielseitigen »Beschwerden« einzig und allein durch das noch im Brustkorb steckende Geschoß verursacht seien, eine Überzeugung, die beinahe mit wahnähnlicher Zähigkeit festgehalten wird. Auffallend ist die Analogie zu Fall 4. Bei beiden ist das gleiche auslösende Moment vorhanden; auch hier sind als Grund für wirklich vorhandene Mißempfindungen vegetativ bedingte Störungen anzusehen, wobei hier nochmals auf das weiter oben Gesagte und auch auf eine Reihe der übrigen Fälle hingewiesen sein soll. Bei diesem letzten Kranken sind die Vorstellungen schon systematisierter in der Richtung einer allgemein hypochondrischen Körperbeobachtungstendenz, bleiben aber — und deshalb die Einreihung an dieser Stelle — bewußt an ein auslösendes Ereignis angeknüpft. Die langsame Steigerung und Entwicklung ist deutlich aus der Anamnese ersichtlich, Anknüpfung bewußter Krankheitsvorstellungen zuerst an eine ärztliche Äußerung, dann Steigerung der Körperschädigungsvorstellungen und endlich Verankerung, nachdem durch die Feststellung des Geschosses ein Fixationspunkt gegeben ist.

Die Fälle, die in diesem Beobachtungszusammenhang sonst noch aufzuführen wären, sollen hier keine besondere Besprechung finden, da es sich in psychosystematischer Hinsicht um fast das gleiche oder wenigstens den vorstehenden Fällen weitgehend ähnliche Bild handelt. Zu erwähnen ist vielleicht nur, daß bei einigen von ihnen debile Züge zu einer deutlicheren debilen psychischen Struktur schon ausgeprägt sind, wie z. B. im Fall 37 bei einer 35jährigen Fabrikarbeiterin, die über ein schweres Herzleiden klagt, bei dem das Herz »immer so schlägt, daß das Bett wackelt«. Abgesehen von verschiedenen degenerativen Stigmata haben ihr ganzes Gebaren und ihre intellektuellen Leistungen den Charakter einer deutlichen Schwachsinnigkeit.

Wir finden hier also, wenn wir zusammenfassen, — und zwar trotz gewisser psychogenetischer Verschiedenheiten als einheitliche Gruppe —, Fälle, bei denen es noch vorwiegend bei einem überbewerteten Empfindungszustand bleibt, an den eine überwertige Vorstellung und auch Befürchtungen als Folge angeknüpft sind. Es kommt aber noch nicht zu der besonderen gedanklichen Verarbeitung des eigentlichen Hypochonders, nicht zu einer übergeordneten Veränderung des seelischen Spannungszustandes, zu einer Änderung der psychischen Dynamik. In diesen Fällen bleibt überwiegend die konsekutive Vorstellung auf einen fest umgrenzten Schädigungsvorgang bezogen, ist also erkenntnismäßig ein ab-

Digitized by Google

geschlossener Prozeß. Es kommt nicht zu einem Zusammenhangsverlust zwischen der ursprünglich auslösenden Ursache und der resultierenden hypochondrischen Vorstellung wie bei einem Teil der weiter unten angeführten Fälle, bei denen auch im Beginn ein kausal und affektiv besonders betontes Ereignis steht. Hier bleibt noch das Unlustgefühl vorherrschend — somit liegt eine gewisse Beziehung zur »Neurasthenie« vor. Die Patienten verlangen zumeist in ihrer willensmäßigen Einstellung Beseitigung oder wenigstens Beeinflussung ihres Zustandes, wenn dem auch vielleicht wunschmäßig Gründe entgegentreten, z. B. Rentenbegehren.

In enger Beziehung zu diesen Formen stehen solche, bei denen die gleiche Art isolierter hypochondrischer Vorstellungen mit andersinhaltigen Zwangsgedanken verbunden sind oder selbst mit dem ausgesprochenen Charakter von Zwangsideen auftreten. Sie unterscheiden sich aber von den überwertigen Ideen im engeren Sinne bei den bisher aufgeführten Fällen der ersten Gruppe dadurch, daß sie, wie *Friedemann*[27] für Zwangsideen allgemein feststellt, »mit einem durchaus gleichartigen Affekt aufgenommen werden« (erg.: wie sonstige Vorstellungen). Es kommt aber auch hier, wie in den obigen Fällen, »eine qualitative Steigerung der entsprechenden Vorstellungskreise« zum Ausdruck.

Fall 21: 33jährige Hausfrau.

Bei der Patientin handelt es sich um Klagen über Angstanfälle, bei denen der Hals zugeschnürt ist, über Hitze im Kopf und Gesicht, Kopfschmerzen besonders in der linken Kopf- und Stirnseite, ferner ein Druckgefühl im Leib mit Aufstoßen und endlich über Schmerzen im Rücken und im Kreuz. Alles dieses tritt aber nur anfallsweise auf. Dabei habe sie so merkwürdige Gedanken, z. B. wenn sie Brot schneidet, müsse sie immer denken, »als wenn ich mich totstechen müßte«, oder auch, als ob sie das Kind auf ihrem Arm umbringen müßte. Früher nicht krank gewesen, nach 4 Lebend-, 5 Totgeburten, hatte angeblich keine Geschlechtskrankheiten.

Der Befund zeigt einen mäßigen Kräfte- und Ernährungszustand, etwas lebhafte Reflexe und eine angebliche leichte Klopfempfindlichkeit des Kopfes, sonst aber keine besonderen krankhaften Abweichungen. Wa. R. negativ.

Nach Behandlung mit Sedativa klagt sie nach zwei Monaten noch über die gleichen Beschwerden und auch über die Zwangsgedanken, so z. B. wieder darüber, daß sie, wenn sich ihr Kind auf ihrem Arm befinde, denken müsse, es zu erwürgen. Diese Gedanken verfolgen sie überallhin und quälen sie. Auch nach weiteren drei Monaten keine Besserung.

Ähnlich verläuft es bei Fall 17 bei einem 19jährigen Studenten. Hier liegen mehr zwangsmäßig skrupulöse Vorstellungen vor. Er klagt insbesondere über ein seit einiger Zeit bestehendes unangenehmes Gefühl auf der Kopfhaut und über Schmerzen, die vom Scheitel bis nach hintenherunter in den Rücken ziehen. Bei der Exploration erzählt er, seine Schmerzen seien »seelische«. Er quält sich schon seit Obertertia mit Skrupeln ab, er habe die Sakramente unwürdig empfangen und später habe er auch Zweifel an der Glaubenslehre gehabt. Diese Zustände seien bald besser, bald schlimmer. Sein Beichtvater habe ihm gesagt, es wäre krankhaft, er solle zu einem Arzt gehen,

Digitized by Google

sonst werde eine Geisteskrankheit entstehen. Darüber habe er sich viele Gedanken gemacht, glaubt immer, jetzt fange die Geisteskrankheit an, und daß davon die Kopfschmerzen kämen. Zuletzt sei er vor Angst ganz verwirrt gewesen. Eine Zeitlang meinte er, er sei geschlechtskrank, »weil aus der Harnröhre Schleim kam«.

Befund (wird in der medizinischen Klinik wegen eines Herzfehlers behandelt): Neurologisch: Sehr lebhafte Reflexe, feinschlägiges Händezittern und starke vasomotorische Übererregbarkeit. Psychisch: Schließt sich stark ab, ängstliches Wesen, aber keine besonderen Ausfälle.

Hier liegt also eine hypochondrische Reaktion vor bei einem skrupulösen Patienten, dessen körperliche Minusvorstellungen, auch unter einem gewissen Zwang verlaufend, sich an ein für ihn autoritatives Urteil anschließen. Immerhin ließ sich nach zehnmonatiger Behandlung eine Besserung seines Zustandes, besonders auch der skrupelhaften Zwangsvorstellungen erkennen.

Bei zwei weiteren Fällen liegt neben den hypochondrischen Anschauungen eine mehr hysterisch gefärbte Reaktionsweise vor, durch die isolierte Vorstellungen hypochondrischen Inhaltes, ohne eine eigentliche charakterologische Richtung, nicht ausgeschlossen sind. Diese Fälle sind aber mit Recht als beigeordnete reaktive Gedankengänge anzusehen, da ein anderes Bild den Grundton der seelischen Abnormität bestimmt.

Noch deutlicher als in diesen Fällen kommen bei den folgenden Kranken hypochondrische Einzelvorstellungen oder Vorstellungszusammenhänge als syndrome Reaktionen auf der schon primär kranken Grundlage verschiedenster Psychosen zustande. Wesentlich ist dabei aber, daß Funktionen des Intellekts, des Willens oder auch der Affekthaltung hier Störungen in einer Ausprägung zeigen, die bei der Hypochondrie als solcher nicht vorkommen. Hier wäre der Ausdruck »Symptomkomplex« angezeigt, da es sich hier nur um beigeordnete Modifizierungen des Inhaltes von Ideen handelt, die selbst schon in ihrer Genese und ihrem Ablauf durch ein anderes Krankheitsbild psychopathologisch verändert sind. Diese Fälle sind hier vorwiegend aus dem Grunde angeführt, um zu zeigen, daß man zwischen hypochondrischen Reaktionen, etwa bei Psychosen, und einer idiopathischen hypochondrischen Seelenhaltung unterscheiden muß.

Fall 1: 47jähriger Landwirt.

»Der Leib ist weg, der ist verschwunden, in den Händen ist kein Blut mehr. Es ist alles zusammengedrückt, rausgenommen, mit dem Wasser ist alles abgegangen. Alles ist zusammengetrocknet, der Kopf ist klein geworden.« Der Patient ist sehr wortkarg, spricht leise und weinerlich. Dreiviertel Jahre später Wiedervorstellung. Er reibt sich die Hände, sie seien weiß, es sei kein Blut mehr darin, im Leib sei auch nichts mehr.

Bei der Besprechung seiner Kriegsteilnehmergeschichte legt er Wert darauf, daß die Umstände eines unternommenen Suizidversuches ganz genau beschrieben werden.

Digitized by Google

Fall 3 (Fall 2 ist ganz ähnlich): 48jähriger Arbeiter.

»Wenn ich mich setze, hab ich ein Gefühl, als wenn ich auf einem Sack sitze, ich hab das Gefühl, als wenn innen alles kaputt ist. Wollen Sie mal fühlen, ob das Herz noch klopft.« Daneben klagt er hauptsächlich über Beschwerden, die im Unterleib herumwandern. Ein Jahr später hat sich der Zustand schon mehr in der Richtung von Verfolgungs- und Beziehungsideen paranoiden Charakters fortentwickelt. »Meine Eingeweide ist weg, erst kriegte ich klare Medizin, dann graue. Ich bin zu, mein Popo ist zu, ich kann mich nur übergeben. Die Brust ist voll von Essen, mein Puls ist kalt, er geht nicht mehr, ich bin eben ein toter Mann.«

Dabei ist er sehr redselig, von einer jovialen Geste und im Umgang äußerst liebenswürdig. Ein halbes Jahr später behauptet er, seine Familie habe ihn auf die Straße gesetzt, weil er den Husten gehabt habe. »Sie haben mir einen Knochen zerfetzt, ich hab Durchfälle.« Die Ausbildung seiner Verfolgungsideen zeigt sich vor allem darin, daß er hartnäckig immer wieder vorbringt, der Pfleger mache ihm jeden Abend »mit einem Klistee aus Seifenwasser, Salzsäure und Soda den Popo zu«.

Daß bei solchen Zuständen von einem logischen Vorstellungsaufbau, der gerade für die Struktur der wirklich hypochondrischen Gedankengänge, man kann beinahe sagen, eine »conditio, sine qua non« ist, nicht gesprochen werden kann, braucht wohl nicht besonders betont zu werden.

Bei Fall 18, einem 54jährigen Kaufmann, liegt eine paranoide Grundlage vor. Im Vordergrund stehen Beeinträchtigungsideen.

Patient führt mit seinen eigenen Kindern Prozesse wegen eines von diesen eingeleiteten Entmündigungsverfahrens gegen ihn. Sehr ausgesprochen ist die querulatorische Färbung seiner Klagen. Er gibt selbst an, er habe in seinem Leben mehr als vierzig Prozesse geführt. »Für mich ist das Leben ohne Prozesse wie die Butter ohne Salz.« Alle hielten gegen ihn zusammen, um ihn unterzukriegen. Auf die Frage, wer denn eigentlich ein Interesse daran habe, ihm zu schaden, behauptet er »die Adventisten, die sind die Wurzel alles Übels«. Auf eine Anzeige der Adventisten hin sei er auch verhaftet worden. Darauf kommt er auch bei den Explorationen immer wieder zurück. Er gerät in heftige Aufregung, redet schnell und hastig, wobei er alles heranzieht, was sich auf sein Thema nur irgendwie beziehen kann. Unaufgefordert legt er eine große Anzahl von Schriftstücken, Briefen und Rundschreiben an seine Kinder vor, in denen er stets wieder von seinen Leiden und den erlittenen Nachteilen erzählt. Seine Kinder hätten ihm seine Talente abgestohlen, der Staat habe ihn mindestens um eine halbe Million betrogen.

Über seine Beschwerden reicht er ein Schriftstück ein, betitelt: »Meine Krankheitserscheinungen«, in dem er eine Unzahl von Beschwerden vorbringt. Er habe Schmerzen im Kreuz, sei vollständig schlapp und energielos. Bei körperlicher Arbeit nehmen die Schmerzen zu, der ganze Körper zittert und ist vollständig haltlos. Zeitweilig habe er Stiche im Kopf, »wahnsinnige Schmerzen im Gehirn«, Schmerzen in der Schulter usw. Beim Gehen habe er keinen Halt in der rechten Leistengegend, sei wackelig und habe Schmerzen in der linken Ferse. Im linken Bein habe er ein »zweites Herz«. Beim Schnupfen

Digitized by Google

habe er öfters bemerkt, daß ihm »grüner Schleim aus der Nase« komme usw. Alle diese Beschwerden führt er auf den Kriegsdienst zurück, z. B. vorhandene Krampfadern auf eine erlittene Hodenquetschung. Dabei klagt er aber auch schon aus der Zeit vor dem Kriege über vielseitige körperliche Störungen, die den heutigen sehr ähnlich sind.

Im Befund konnte außer einer geringgradigen Arteriosklerose, Krampfadern und leichtem beiderseitigem Pes planus keine wesentliche krankhafte Abweichung festgestellt werden.

Fall 40: 62jähriger Maler, bei dessen Angaben vor allem Halluzinationen zu betonen sind.

Vor 30 Jahren habe er sich schon einmal immer so abgespannt gefühlt, »so zerschlagen«. Damals habe der Arzt Eiweiß im Urin festgestellt und er habe einen Nervenzusammenbruch erlitten; das sei aber wieder zurückgegangen. Im Februar 1930 sei plötzlich »von zwei Seiten etwas gezogen« gekommen, als wenn ihn »einer so gegen die Erde geschlagen« hätte. Er meinte, er sei gefallen, saß aber, nachdem das Bewußtsein wiedergekommen sei, am Tisch. Es seien vielleicht »neue Sachen, die man für die Wissenschaft verwerten kann«. Nachher habe er sich »duselig« gefühlt, er habe gemeint, es seien »Blutstauchungen«. Zu gleicher Zeit traten auch Beschwerden in der Herzgegend auf, er hat sich deswegen auch schon auf Adernverkalkung untersuchen lassen. Er habe gelegentlich auch Selbstmordgedanken gehabt. »Ich weiß wohl, ich bin zu nichts mehr wert auf dieser Welt. Bei einem Spaziergang bin ich hingefallen, es war ein Hinwurf, ein Schwächeanfall. Ich freute mich und dachte, jetzt bist du erlöst. Es kam noch ein Gedanke wie ein Blitz, Schluß dachte ich. Ich kann aber nur einen Augenblick weggewesen sein, ich bin dann hinterher allein nach Hause gegangen. Das tut im Kopf oft weh, als ob man glühendes Eisen oder Disteln darin hat.« Wenn die Gedanken kommen, hat er oft Choralmelodien singen gehört, »die ich mitgesungen habe«. Diese seien dann später »selbsttätig wiedergekommen«.

Befund: Kleiner pyknischer Körperbau, innere Organe ohne krankhaften Befund. Arterien leicht rigide, B. D. 138/58. Gerontoxon der Augen. Nervensystem o. B. Beim Prüfen auf »Romberg« leichtes Körperschwanken.

Die Art und Weise, in der der Kranke seine Leiden schildert, die fast dramatische Ausschmückung seiner Erlebnisse muten in diesem Fall durchaus hysterisch an. Jedoch geht man wohl nicht fehl, die in dem ganzen Gebaren und in der Ausdrucksweise des Kranken zum Ausdruck kommende Charakterveränderung als eine schizoid veränderte seelische Grundhaltung aufzufassen, auf die hypochondrische Anschauungen als Ausdruck einer im Klimaterium gestörten Körperkritik aufgepfropft sind.

Von allen bisher aufgeführten Fällen unterscheiden sich die nun folgenden durch ein wesentliches Kriterium. Wir haben gesehen, daß bei den obigen Kranken zwar das hypochondrische Erlebnis unangenehmer Sensationen am Körper vorhanden ist, daß es aber zu einer systematischen Auswertung dieser Erlebnisse im Denkprozeß im eigentlichen Sinne noch nicht kommt. Das ist einer der Gründe für das Fehlen einer ausgesprochen fixierten Krank-

Digitized by Google

heitsvorstellung. Anders ist es dagegen bei dieser zweiten Gruppe umschriebener hypochondrischer Zustände.

Diese Kranken gehen — man könnte sagen konsequenter — den Weg einer wirklichen seelischen Zustandsänderung. Unter dem Eindruck eines sich entweder aus der Peripherie aufdrängenden Reizes — so häufig eines durch das vegetative Nervensystem vermittelten Reizzustandes — oder auf Grund einer besonders lebendigen Vergegenwärtigung auf den Körper einwirkender Schädigungen: Trauma, Operation, sexueller Exzeß usw., kommen diese Kranken zunächst zu Folgerungen, daß es sich um eine schadhafte Beeinträchtigung des Körpers handele. Durch ein fortgesetztes triebmäßiges Nachdenken und Hineinverbohren in ihren Empfindungszustand entstehen dann Vorstellungen, die eine dauernd herabgeminderte Körperwertigkeit, im Sinne des von dieser Vorstellungsart Befallenen also »Krankheit«, zum Gegenstand haben. Nun geht der Kranke einen rückläufigen, gewissermaßen »deduktiven« Weg, wobei ihm der Kausalzusammenhang mit der Ausgangsvorstellung nur noch im Unterbewußtsein vorhanden bleibt; er überträgt seine Krankheitsvorstellung wieder als Krankheitsbefürchtung oder noch definitiver als Krankheitsfeststellung auf den Körper. Beim eigentlichen Hypochonder überwiegt dieses finale Moment über das ursprünglichere kausale in dem Zustandsbild der ausgeprägten seelischen Haltung. Dabei kommen innerhalb des abgrenzbaren nosologischen Äußerungsbildes dieser Grundstörung alle qualitativen und quantitativen Unterschiede vor von der Einkleidung eines allgemeineren Krankheitsgefühles in die Einzelidee etwa einer Krebserkrankung bis zu einem Krankheits»system«, in dem an allen möglichen Stellen des Körpers irgend etwas »Krankhaftes« aufgespürt und gedeutet wird und eine ganze Reihe von Krankheiten »zugelegt« wird. Daß dabei für die spezielle Artung und Färbung eine große Modifizierungsmöglichkeit vorliegt, sei nur nebenbei erwähnt.

Fall 5: 58jähriger Pensionär, früher Lokomotivführer.

(März 1927.) Erste Vorstellung. Früher war der Kranke nie ernstlich krank. In der Schule hat er gut gelernt und ist auch später »gut vorwärtsgekommen«. Inf. vener. negatur. 1910 habe er als Lokomotivführer dreimal Eisenbahnunfälle erlitten, einmal sei sein Zug auf eine Maschine aufgefahren und habe diese zertrümmert. Er habe dabei einen heftigen Schrecken bekommen, und ebenso sei es in dem zweiten Falle gegangen. Beim dritten Male sei er in einen Kohlenschacht gestürzt und habe sich eine Verletzung am rechten Schienbein zugezogen. (Wegen dieser Unfälle bezieht er jetzt eine Unfallrente von $66^2/_3$%.) Seit damals seien seine Nerven nicht in Ordnung, er sei schreckhaft und sei immer in Sorge um seinen Körper. Er klagt über Kopfschmerzen über dem Scheitel, besonders nach Aufregungen, und über Schmerzen in den Beinen. »Oft habe ich ein Gefühl wie Blei darin.« Vor allem aber leide er unter Blähungen, die er für Zeichen eines schweren

Digitized by Google

Magenleidens hält, er habe deswegen schon leichte Kost und Tierkohle verordnet bekommen. »Auch das Wasser sitzt so fest.« Auch an verschiedenen anderen Stellen des Körpers habe er Schmerzen, so besonders im rechten Bein, wobei dieses immer zusammenzucke. Wegen seines schweren Leidens macht er in den letzten Jahren immer Badekuren mit. In M. hat er schon eine ganze Reihe von Ärzten wegen seines Zustandes konsultiert.

Befund: Körperlich kräftig gebaut, Neigung zu Fettansatz. Linkes Auge erblindet wegen Aderhautsklerose. Bewegungen im linken Ellbogengelenk nicht ganz vollständig ausführbar, bedingt durch eine Exostose am Olekranon. (Er selbst weiß davon nichts.) An der rechten Wange eine Verbrennungsnarbe. Linker 4. Finger ist unfalldeformiert mit geringer Beweglichkeitseinschränkung. Reflexe sind am ganzen Körper etwas schwach. An den Füßen angeblich Empfindung für Berührung und Wärme herabgesetzt; sonst, auch hinsichtlich der inneren Organe, kein krankhafter Befund.

Psychisch: Etwas weichlich, wehleidig, ganz auf seine Beschwerden eingestellt, von deren Grundlosigkeit er nicht zu überzeugen ist.

(April 1927.) Bringt wieder allerhand neue Beschwerden vor, über die er sich auch längere Aufzeichnungen gemacht hat.

(Februar 1928.) Seit einer Autofahrt habe er Schmerzen in der linken Halsseite, die linke Wange brenne, ebenso die Schleimhaut in der linken Seite der Mundhöhle. Wenn er sich lege, sei es viel besser, die Schmerzen seien dauernd vorhanden, nicht etwa anfallsweise.

(Juli 1928.) Unverändert die gleichen Klagen, insbesondere über brennende Schmerzen im Kopf und über Blähungen.

(Dezember 1928.) Solluxbestrahlungen im Nacken haben ihm gut getan, »das heißt, es wirkte wohl bis in die Füße herunter, aber vorn am Hals da half es nicht, im Gegenteil schadet wohl«. Seine Zähne schmerzten, obwohl sie in Ordnung seien, furchtbar. In den Fingern habe er ein Schmerzgefühl, als wenn Fäden drinsäßen. Bei einer Vorstellung im Kolleg erzählt er amüsant und mit jovialem Wesen ausführlich von seinen Leiden. Zuweilen verfällt er auch wieder in den alten klagseligen Ton. Afenilinjektionen haben ihm geholfen, und zwar »zum erstenmal in meinem Leben richtig«.

(Ende Dezember 1928.) Die letzten Injektionen »haben nicht geholfen«. Patient klagt jetzt über Schmerzen im Gaumendach und weiter, »daß ihm der 'Dickdarm' zu schaffen mache«.

(April 1929.) Der Kranke klagt wieder mit außergewöhnlicher Betonung über eine Reihe von in ihrem Sitz und ihrer Stärke wechselnden Beschwerden.

(Dezember 1930.) Befinden habe sich »erheblich gebessert«, die »heißen Drähte in den Fingern« werden jetzt nicht mehr empfunden. Dagegen klagt er jetzt über Beschwerden »hier in diesem Darm«, wobei er eingehend den Verlauf des Dickdarms demonstriert. Er sei »vielseitig nervös«, auch das Wasserlassen sei nicht in Ordnung, vor allem müsse er sehr häufig am Tage aufstoßen. Auch leide er sehr unter Angstgefühlen »hier in der Magenhöhe«. Es wäre aber alles nicht so schlimm, wenn »nur das mit dem Magen und dem Darm nicht wäre, dann wäre es zu ertragen, dann könnte man doch wieder leben. Aber man muß das alles mit ansehen, man hat sich eben daran gewöhnt.« Eine Beschäftigung habe er nicht mehr, könne das auch nicht wegen seines Zustandes.

Digitized by Google

Eine traurige Stimmungslage, die man bei der Unzahl der von dem Patienten vorgebrachten Beschwerden annehmen sollte, ist bei ihm keineswegs vorhanden. Er bringt seine Klagen in einer geradezu gemütlichen Schilderung vor, wobei auffällig ist, daß er sich, sobald es sich um ein Eingehen auf seine Klagen handelt, in weitgehendem Maße suggestibel verhält. Seine Schilderungen tragen kaum eine affektive Färbung, er bringt sie vielmehr so »sachlich« und persönlich unbeteiligt vor, wie ein normaler Mensch irgendeine unbedeutende Konversation macht. Man hat den Eindruck, daß die rhetorische Vielseitigkeit bei seinen Erzählungen die fast geschäftsmäßig gewordene Erfüllung seines triebhaften Bedürfnisses ist, sich mit dem in seiner Einbildung festverankerten Leidenszustand seines Körpers zu beschäftigen. Der Fall gewinnt dadurch an besonderem Interesse, als er beinah 4 Jahre lang, im wesentlichen unverändert geblieben, beobachtet werden konnte. Die Grundtendenz bleibt, wenn er auch geringe gelegentliche Besserungen zugibt, die gleiche. Auffallend ist auch hier wieder die schon weiter oben erwähnte Tatsache, daß körperliche, zwar zum Teil geringfügige, aber doch wirklich vorhandene Störungen bei den hypochondrischen Klagen unbeachtet bleiben.

Fall 25: 55jähriger Landwirt.

Patient war schon vor einigen Jahren in Behandlung und zwar angeblich wegen Ischias. »Der Nerv geht an der Außenseite der Füße hin bis in das Kreuz, von da schlug es dann auf sämtliche Nerven.« Jetzt ziehen die Schmerzen nach oben in den Hals und »zucken, wie wenn kleine Tierchen darinsäßen, die alle einen Tropfen pures Gift ausspeien«, das kommt ihm aus dem Mund heraus wie Terpentin, wovon er bald einen süßen, bald einen bitteren Geschmack im Munde verspürt. Dabei gluckert es immer in seinem Körper, »der Nerv«, in den Armen, Augen, im Magen, überall im Leib, am Herzen. Auf dem Magen tanzen die Nerven »wie Mäuse, es sind aber keine«. »Am ganzen Körper muß eine Säure wie Harnsäure sein, so ist alles versäuert.« Manchmal meint er, die Glocken im Bett läuten zu hören, überzeugt sich dann aber jedesmal, daß das nicht der Fall ist. Betont, der Magen sei schuld an seinem Zustand, er müsse immer aufstoßen, »es ist wie glühend Öl«.

Im Befund des nicht sehr kräftigen, stark gealterten Mannes fanden sich außer einer starken Lebhaftigkeit der Reflexe und einer geringen Verziehung der Pupillen, sowie geringen Anzeichen für eine beginnende Arteriosklerose keine besonderen Abweichungen.

In psychischer Hinsicht liegt ein leichter Grad von Debilität vor, dagegen sind weder Halluzinationen noch paranoische Ideen festzustellen. Leicht depressive Stimmungslage.

(November 1927.) Erscheint bedeutend affektärmer als früher, »mit dem Weinen, das ist jetzt vorbei«. Jetzt gluckert es ihm unter dem rechten Augenlid. Bisweilen reißt ihm das Gluckern den Mund auf, so daß es ihm den Kopf herumwirft. Vor den Augen verspüre er es oft »wie Nebel und Herumirren«. Zu allen den geklagten Erscheinungen hat er noch die gleiche Einstellung wie früher, er lehnt jede Besserung seines Zustandes energisch ab.

Digitized by Google

Patient gibt jetzt an, mitunter sei es ihm, als wenn ein Stück Eis auf dem Rücken schmelze oder, als wenn ein Wasserstrahl ihn da träfe oder auch wie glühendes Öl. Das Gluckern zieht jetzt vom linken Knie her herauf zum Oberschenkel und da sei es sichtbar, man sehe, wie es sich bewegt. »Das ist die Säure und die Säure ist wie Eiter, wenn ein Geschwür aufbricht.« Mitunter hat er das Gefühl, als wenn ein eisernes Band um den Kopf sei, das sich immer mehr zusammenzieht. »Es muß eine Blutzirkulation sein, die nicht zirkuliert.« Der Magen sei ihm bei verschiedenen Ärzten schon 22mal ausgepumpt worden, das habe immer für eine kurze Zeit geholfen, dann sei aber der gleiche Zustand wie vordem eingetreten. Er ist jetzt in Sorge, daß es Krebs sein könne, weil er so oft am Magen leide. Er habe mal ein Buch von einem Lehrer zum Lesen erhalten, da stand seine Krankheit drin, den Namen habe er aber nicht behalten, »da er Latein war«. Er schildert wieder eindringlich wie im Lauf des letzten Jahres fast kein Teil des Körpers ohne Beschwerden geblieben sei.

(Mai 1929.) In der letzten Zeit ist es oft so, daß die Füße vollkommen abgestorben sind »als wenn sie von Holz wären«. Zu anderen Zeiten ist es ihm aber auch wieder, als ob er mit dem Körper im Feuer wäre. Dann mal wieder so, als ob der Körper aus Bindfäden besteht, als ob er mit Bindfäden umschnürt wäre. Er hat einen »Krampf im Gehirn, dann Zuckungen mit Gewalt, als ob die Bindfäden zu kurz sind«. Ferner verspürt er Bewegungen, »als ob Mäuse zwischen Fell und Fleisch sitzen«. (Auf Vorhaltungen.) »Nein so eine Art, Mäuse sind das ja nicht, nur so ein Gefühl.« Die Nerven unter den Augen bewegen sich. Wenn er Bier getrunken hat, ist es ihm, als ob er die Mäuse auf dem Bauch hätte, »dann arbeitet aber der Magen und das ist angenehm«. Morgens um 4 Uhr wird er wach, dann geht ein Druck nach dem Kopf und er hat das Gefühl, als ob der linke Arm »hölzern« ist. »Die Nerven sind eben zu kurz.« Oft hat er eine feuchte Masse auf den Lippen, »so'n Brus aus dem Mund, lauter Bläschen«. Er hat auch schon gedacht, daß er an dem ganzen Zustand sterben werde, »an dem Nervenleiden«. (Auf die Frage, ob er denn wisse, was Nerven sind.) »Ja, meines Erachtens ist das die Zirkulation im Blut.« Er denkt heute, er werde das Leiden nicht mehr los. Er ging im Sommer öfter in ein kleines Bad, bekam dort heiße Bäder, Diathermie usw., »hat aber alles nichts genützt«.

Der körperliche Befund ist, abgesehen von einer in internistischer Hinsicht bestehenden chronischen Gastritis mäßigen Grades, der gleiche wie bei früheren Untersuchungen.

(Dezember 1930.) In der seit der letzten Untersuchung vergangenen Zeit ist es »etwas besser geworden, aber mein Leiden geht nicht weg, das glaub ich nicht«. Wenn er im Bett liegt, hat er jetzt »im Rückgrat ein Schlagen wie ein Fisch im Wasser«. Am Leib ist es, als ob sich so lebende Bindfäden daran bewegten, »sich so schlagen. Dann bin ich am besten dran, dann arbeitet der Magen.« »Die Winde herauszubringen, das ging manchmal auf Leben und Tod, ich hätte gedacht, daß ich sterben müßte. Es war grade, als wenn der ganze Körper abgestorben sei.« Häufig habe er ein Druckgefühl, »Krämpfe im Leib, als ob mich jemand mit dem Messer durchschneidet«. Manchmal ist es grade, als wenn sich das Blut nicht mehr verbindet, als wenn Leib und Kopf nicht mehr zusammengehören. Wenn er nach dem Magen sieht, dann »bewegt der sich immer so auf und ab«.

Digitized by Google

In einem Buch, das er wiederum gelesen hat, stand die ganze Krankheit drin, »von der Magengrube bis zum Gehirn«. Heute glaubt er nicht mehr, daß er Magenkrebs bekomme, »aber wenn man gehört hat, jemand stirbt elendiglich daran, dann denkt man eben immer daran und meint, man bekäme es auch«. »Wieder weggehen, das tut mein Leiden nicht, es ist ein Nervenleiden, das haben mir die Doktors ja auch wohl gesagt.« (Auf Vorhalt:) »Nerven, nach meiner Meinung tut das so wie Blut; die kleinen Nerven gehen meines Erachtens von den großen, die das Blut so verbinden.« »Ja, und das behalte ich auch so, wenn es auch besser geworden ist, wieder weggehen, das tut das auch nicht.«

Dieser Fall zeigt mit seiner grotesken, fast ungeheuerlich wirkenden Produktivität von Klagen in allen möglichen Schattierungen besonders eindringlich den in Vorstellung, Affekt und Expression charakteristischen Zustand des eigentlichen Hypochonders. Noch deutlicher als in dem vorhergehenden Fall, mit dem er in vielem direkt übereinstimmt, zeigt sich hier die starre, selbst in der Formulierung des Ausdruckes in den vier Beobachtungsjahren fast unverändert bleibende Tendenz zu einer Deutung und Bewertung von Beobachtungen im Sinne eines mit wahnanaloger Logik erstrebten Vorstellungszieles, des Krankseins oder der Krankheit im weitesten Sinne. Hier ist alles in einem Bilde vereint, was diesen Typus kennzeichnet, die sensationelle Umdeutung peripherer Körperempfindungen, die Heranziehung von symbolischen Erklärungen, eine gewisse Schwatzhaftigkeit, die doch die vorhandene eigentliche Affektarmut nicht verdecken kann, die grotesk anmutenden anatomisch-physiologischen Ansichten und schließlich das Nichtansprechen auf Therapie und Belehrung oder wenigstens eine »reservatio« gegenüber zugegebener Besserung. Die Vergewisserung, die der Hypochonder auf alle mögliche Art und Weise sucht, zeigt sich in der überzeugten Bewertung von Lektüre und Büchern, in denen »die Krankheit drinstand«.

Fall 35: 61jähriger Arbeiter.

Er war früher sehr gesund, wie er sagt »übernormal gesund«. Im Jahre 1907 erlitt er einen Unfall. Er war mit Kohlenschaufeln beschäftigt, dabei stieß er sich den Kopf an einem eisernen Balken, er fiel zu Boden und war schwindelig. Darauf ging er mit Unterstützung von Kollegen zu einem in der Nähe wohnenden Arzt, der ihn nach Anlegung eines Verbandes dem Krankenhaus überwiesen habe. Dort habe er 8 Wochen zu Bett gelegen und »dröhnende Kopfschmerzen« gehabt. Er bekam bei Wiederaufnahme der Arbeit eine leichtere Beschäftigung, aber schon gleich damals hatte er bei Witterungsumschlag stets Kopfschmerzen. 1910 sei ihm wegen starker Schmerzen der linke obere Augenhöhlennerv entfernt worden. Er bekam dann später eine Rente, weil angenommen wurde, daß seine Klagen durch die bei dem Unfall wirklich erlittenen Schädigungen bedingt seien. Jedoch wurde schon in kurz darauffolgenden Gutachten die Ansicht ausgesprochen, daß es sich bei K. wohl nur um eine leichte Weichteilverletzung ohne Mitbeteiligung der knöchernen Schädeldecke oder gar des Gehirnes gehandelt

Digitized by Google

haben müsse, da weder ein Defekt des knöchernen Schädels noch etwa durch Gehirnläsionen bewirkte Ausfallerscheinungen nachzuweisen seien.

Von Wichtigkeit ist die Feststellung, daß K. schon bei Begutachtungen im Jahre 1910 genau die gleichen Klagen und wahrscheinlich auch in der heutigen Ausprägung vorbrachte, so daß es sich hier um einen innerhalb eines Zeitraumes von 20 Jahren unverändert bestehenden hypochondrischen Zustand handelt. Patient wechselt später noch verschiedentlich seine Arbeitsstelle, da er wegen seiner Kopfschmerzen die Arbeit nicht habe ausführen können. Zur Zeit der Untersuchung ist er Aufseher in einer Bedürfnisanstalt.

Er klagt jetzt über solch starke Kopfschmerzen, daß er zuweilen nicht wisse, wo er sei. Er hat auch schon öfter einen »Fehltritt« getan und ist gefallen. Die Kopfschmerzen sind nur über dem linken Auge und über dem Scheitelbein in der Gegend der früheren Verletzung. Über sonstige Beschwerden klagt er nicht. Inf. vener. negatur. Familienanamnese o. B.

Befund: Mittelmäßiger Kräfte- und Ernährungszustand. Der Kopf ist angeblich an der Grenze des linken Scheitel- und Stirnbeines klopfempfindlich, ebenso angeblich Druckempfindlichkeit der Austrittsstelle des linken N. supraorbitalis. Reflexe allgemein etwas lebhaft, keine Gleichgewichtsstörungen. Innere Organe ohne wesentlich krankhaften Befund. Geringe periphere Arteriosklerose. Das Hautgefühl ist angeblich für alle Qualitäten in der linken vorderen Stirn- und Scheitelgegend gesteigert.

In psychischer Beziehung: Orientiert, geringe Debilität, aber mit seinen intellektuellen Leistungen noch innerhalb der Grenzen seiner sozialen Stufe. Sehr redselig und weitschweifig.

Bei weiteren Untersuchungen zeigt sich K. davon überzeugt, daß sich an der Stelle der alten Verletzung eine »Blutgeschwulst« gebildet hat, die »auf das Gehirn drückt« und ihm Beschwerden verursacht.

Nach einer auf seinen ausdrücklichen Wunsch, »um nachzusehen, was darin ist«, vorgenommenen Encephalographie zeigt er eine starke hypochondrische Reaktion und Bewertung seines »Leidens«. Liegt den ganzen Tag mit einem nassen Handtuch auf dem Kopf zu Bett. Dabei deckt er sich eine Wolljacke über den Kopf, da er das Licht nicht vertragen könne. Aufgestanden läuft er mit einem Handtuch auf dem Kopf umher, hält den Hals steif und redet fortwährend von einer Verschlimmerung seiner Beschwerden. Für Augenblicke sieht er auf Zuspruch hin die Geringfügigkeit seiner früheren ein, verfällt aber nach kurzer Zeit wieder in den alten Zustand einer geschwätzigen Klagsamkeit.

Fast maniriertes Gehaben, so z. B. wenn er niesen muß; er bittet dann den Arzt, ihm die Hand auf den Rücken zu legen, da es ihm beim Niesen schmerze. Auf Grund seines Reagierens bei Ablenkung kann man feststellen, daß an den am Schädel als schmerzhaft angegebenen Stellen lediglich dann dort psychogen Schmerzen lokalisiert werden, wenn er die Aufmerksamkeit darauf lenkt.

Hier seien aus verschiedenen Explorationen noch einige Auszüge wiedergegeben. »Wenn es sich um 70—80 Mark handelte (er meint Unfallrente), dann lohnte es sich ja noch zu schwindeln, so bei 16 Mark aber doch nicht.« Auf die Stelle der früheren Verletzung zeigend: »Hier muß eine Blutverstauchung sein, da laß ich nicht abkommen, auch wenn die (Röntgen-) Platte hundertmal in Ordnung ist, und wenn die Haut abgezogen werden muß.

Digitized by Google

Ich habe doch recht. Man kann ja auch einen Baum beschädigen, ohne daß ein Kunstgärtner das weiß, nur der ihn beschädigt hat, weiß davon. Kennen Sie die Chronik, daß ganze Reihen von Bäumen vertrocknet sind und die Sachverständigen wissen nicht, warum? Alle Leute der Welt können mich durchleuchten und es doch nicht finden.« Später auf seine Verletzungsstelle zeigend: »Hier muß eine Eindrückung sein, hier muß eine Sehne oder ein Nerv zum Gehirn gehen. Wenn ich zwei Leitungen nehme und bringe sie zusammen, dann gibt es Licht, wenn so die Nerven zusammenschlagen, z. B. beim Gewitter, denn schmerzt das Gehirn, wohl verstehen.« Eine Blutentrinnung ist eine »Verstauchung, daß das Blut ist hart geworden, hängegeblieben auf der Wunde«.

Auf eine Frage, ob er denn Nerven und Sehnen, von denen er fortwährend redet, unterscheiden könne, erwidert er: »O ja, sehr genau, die Nerven, das sind die Zuckungen und die Sehne ist, wenn das Blut kommt, so wie ich als Laie das verstehe.« Bei der Besprechung seiner Unfallfolgen sagt er: »Ich will ja nichts geschenkt haben, Herr Professor, Sie sollen ja nur Ihre Pflicht tun und feststellen, daß ich krank bin.« Und auf die darauf gestellte Frage, wenn also ein Gutachten in dem Sinne abgegeben werde, daß nichts mehr von Unfallfolgen vorliege, erfolgt prompt die Antwort, »dann haben sie unrecht, ich habe die Blutentrinnung im Kopf, das ist sicher«.

Bei einer auf sein Drängen hin vorgenommenen Faradisation sagt er: »So jetzt ist es besser, jetzt kann ich wieder husten, sehen Sie doch mal. Aber die Schmerzen hier oben, die können Sie mir doch nicht wegnehmen, was Sie auch machen.« Und nach dem Elektrisieren wiederholt er: »Da (am Halse) bin ich kuriert, aber hier oben im Kopfe, da hilft das doch nicht.«

Man könnte zunächst annehmen, daß in diesem Falle eine psychogene Reaktion auf den alten Unfall aus einer Zieleinstellung heraus vorliege. Aus den Schilderungen des Kranken ist aber deutlich zu entnehmen, daß der Unfall und eventuelle Vorteile, die er in einem Rentenverfahren daraus ziehen könnte, für ihn gar keine Rolle mehr spielt gegenüber der Vorstellung, die seine ganze Aktivität mit Beschlag belegt, daß in seinem Kopf ein schwerer organischer Defekt vorhanden sei, den »ich kenne, wenn ihn auch niemand feststellen kann«. Er versucht auch gar nicht, für eine Unfallschädigung irgendwelche Symptome zu simulieren, sondern begnügt sich damit, sein »Leiden« immer wieder in detaillierter Weise mit primitivsten anatomischen »Beweisen« im Gespräch zu betonen. Alles, was schon bei Fall 25 gesagt ist, kann man hier wiederholen. Besonders drastisch ist die völlige Unzugänglichkeit seiner, 20 Jahre lang als gesicherte Überzeugung herumgetragenen Krankheitseinbildung gegenüber Belehrung und der Fanatismus, mit dem er bereit ist, sich allen möglichen Prozeduren zu unterziehen, um damit Beweise für die Richtigkeit seiner Krankheitsdeutung zu bekommen. Mit förmlich ausgeklügelter Spitzfindigkeit konstruiert er Beweise, um seinerseits die entgegenstehenden ärztlichen Urteile zu entkräften. Die Tatsache seines sonstigen debilen psychischen Verhaltens und andererseits das zwei Jahrzehnte

Digitized by Google

lange unbeeinflußte Festhalten an seinem Krankheitsglauben können gerade in diesem Falle wohl als Beweis genommen werden, daß bei ihm eine seelische Bereitschaft zur Hypochondrie, der Trieb zu einer komplexen seelischen Haltung, also — mit Vorsicht soll dieser Begriff hier gebraucht werden — eine konstitutionelle Form vorliegt, die nur eines besonderen Anstoßes bedarf, um zur vollen Entfaltung zu kommen. Die analoge Schlußfolgerung muß man auch bei den Fällen 5 und 25 machen.

In einer so reinen Ausprägung ist das Bild der hypochondrischen Einstellung wohl ziemlich selten. Dementsprechend zeigen auch die folgenden Fälle, die wegen ihrer genetischen und inhaltlichen Verwandtschaft hier noch angeführt werden sollen, bei weitem nicht die Produktivität und das in allen Registern des zur Verfügung stehenden Wortschatzes gespielte Ausdrücken des überwertigen Krankheitsgefühles.

Fall 30: 46jährige Rentnerin.

Patientin kommt zur Untersuchung, weil sie vor mehreren Monaten plötzlich Schatten und dunkle Flecken vor den Augen bemerkte. Öfter sah sie auch farbige Flecken und »sekundenlange Verdunkelungen« (offenbar Mouches volantes) vor den Augen. Sie erzählt dann in umständlicher und weitschweifender Weise ihre Leidensgeschichte. Seit 23 Jahren läuft sie von einem Nasenarzt zum anderen, weil sie ein »Leiden der Siebbeinhöhle« habe. Sie sei auch schon an allen möglichen Stellen der Nase operiert worden. Stets achtet sie ängstlich auf die Äußerungen der Ärzte, klammert sich an deren Sätze, aus denen sie die Feststellung eines schweren Leidens herausliest. Äußerungen, daß sie gesund sei, schenkt sie keinen Glauben. Sie leide jetzt an Entzündung der Sehnerven, die in Zusammenhang stehe mit der »langjährigen Entzündung der Siebbeinhöhle«. Sie glaubt, daß sie blind werden würde und ist nun in ständiger Besorgnis deswegen. Als Beweis für die Richtigkeit ihrer Anschauungen führt sie unter anderem an, daß ihr ein Arzt schon 1913 gesagt habe, sie müsse besonders auf ihre Nase achten. Darüber habe sie sich viel Sorge gemacht.

Befund: Seitens der inneren Organe und des Nervensystems kein besonderer krankhafter Befund, abgesehen von einer ziemlich stark gesteigerten vasomotorischen Erregbarkeit. Pedes plani. Seitens der Augen, von geringer Übersichtigkeit abgesehen, kein krankhafter Befund, ebenso läßt sich seitens der Nase oder der Nebenhöhlen zur Zeit der Untersuchung nichts Besonderes feststellen.

Da der gleiche Zustand nach den Schilderungen der Patientin schon etwa 20 Jahre besteht, scheint hier auch eine konstitutionelle Bereitschaft zur hypochondrischen Einstellung vorzuliegen.

Fall 43: 37jähriger Anstreicher.

Patient erlitt während des Krieges einen Schock dadurch, daß bei einem Munitionstransport unmittelbar neben seinem Wagen zwei Schrapnells einschlugen. Er wurde dabei vom Pferde geschleudert und lag, als er wieder zu sich kam, in einem Sumpf, wobei er vor Schreck am ganzen Körper zitterte. Das Zittern ließ in der Folgezeit wieder nach, dafür litt er aber in der Folgezeit unter »innerer Unruhe« und starker Angst beim jedesmaligen

Digitized by Google

Vorrücken an die Front. Nach dem Kriege war er zunächst bei seinen Eltern, wo er »mit Schreckhaftigkeit und Herzbeklemmungen zu tun hatte«. Er arbeitete bis 1926 in verschiedenen Stellungen, dann habe er die Arbeit aufgegeben, weil er sie wegen seines Zustandes nicht mehr habe leisten können, und zwar hauptsächlich »wegen Herzbeklemmungen und Magenbeschwerden«. Jetzt bekommt er bei feineren Fingerbewegungen Zittern in den Handmuskeln, »es ist als ob gar kein Gefühl mehr darin sei«. Öfter verspüre er im »Gehirn ein Reißen, ein Nervenreißen. Das Gefühl geht durch den ganzen Körper, es ist grade, als wenn man ein Pflaster von der Haut abreißt. Oft habe ich auch das Gefühl, als wenn ich den Schmerz hören könnte, es ist grade, wie wenn man eine aufgezogene Uhrfeder abschnurren läßt.« Oft bemerkte er auch ein Reißen und Zucken in der Luftröhre, »das schwillt hier am Kehlkopf oder vielmehr das schwillt nicht an, das ist das Sputum, das wird dick und setzt sich dann da fest und wird hart. (Demonstratio, an welcher Stelle er das besonders fühle.) Am Herzen steige das Blut hoch, und oft verspüre er ein Nervenreißen, »schuk, schuk, schuk, das geht so durch den ganzen Körper«. (Man beachte die fast gleiche Formulierung wie im Fall 25!)

Eine eigene Note erhält der Fall dadurch, daß der Kranke angibt, viel unter Angstgefühlen zu leiden. Er träume nachts immer sehr schwer, insbesondere vom Kriege, wache oft auf, weil er glaube, daß ihn einer in die Seite stoße. »Noch tagsüber bebe ich manches Mal vor Angst«, ohne daß er eigentlich wisse, warum. Dem entspricht auch seine depressive Stimmungslage. Er meint, das Leben sei ihm verleidet, es habe ja doch keinen Zweck mehr zu leben.

»Meine Hauptbeschwerden sind die Nerven.« Beim Geschlechtsverkehr müsse er vorsichtig sein, »da es sonst das Herz nicht aushält«. Er sei schon längere Zeit behandelt, habe sich alle möglichen Medizinen gekauft, es nütze aber alles nichts. Er habe auch schon versucht, sich durch Suggestion behandeln zu lassen, nachdem er davon gehört habe, das habe aber ebensowenig helfen können. Er habe keine Hoffnung mehr, »wie lange laufe ich jetzt schon damit herum und mir hat alles nicht mehr geholfen«. Er glaubt, daß sein »Nervenleiden« nicht heilbar sei, er habe auch schon verschiedentlich in Büchern darüber gelesen.

Befund: Seitens der inneren Organe besteht, abgesehen von einer psychogen stark beschleunigten Herztätigkeit keine Abweichung.

Neurologisch: Sehr lebhafte Reflexe, geringe Hypotonie der Extremitätenmuskulatur. Starker feinschlägiger Tremor der Hände. Vasomotorische Erregbarkeit stark gesteigert. Sonst kein abweichender krankhafter Befund.

Hier handelt es sich um einen hypochondrischen Zustand, der, über eine »ängstliche Verstimmung« hinausgehend, sich zu regelrechten angstbetonten Befürchtungen im Hinblick auf den Körper steigert. Jedoch ist daran festzuhalten, daß eine grundlegende Veränderung der Affektlage, wie sie bei Angstzuständen vorhanden ist, nicht als wesentliches Kriterium zum Bilde der »echten« Hypochondrie gehört.

Fall 36: 42jähriger Postschaffner.

Dieser Kranke hat sich, im Anschluß an eine völlig verheilte operative Entfernung des linken Auges, 4 Jahre vor dem Untersuchungsdatum, in die Überzeugung versteift, an Krebs zu leiden. Darauf bezieht er alle seine Be-

Digitized by Google

obachtungen und Feststellungen, so z. B. über »furchtbare Kopfschmerzen«. Er ist, was seine Krebsüberzeugung angeht, nicht von der Grundlosigkeit derselben zu überzeugen. Ausführlich und weitschweifig erzählt er von seinen vielfältigen Beschwerden. Dabei beruft er sich auch auf ärztliche Äußerungen, in denen ihm gesagt worden sei, daß sein Auge an Krebs erkrankt sei, Alle Einwände und Versicherungen, daß weder damals Krebs vorgelegen habe, noch auch heute vorliegen könne, da doch nichts festzustellen sei, vermögen seine Überzeugung nicht zu erschüttern. Er führt verschiedene Fälle von Verwandten an, die auch an Krebs gestorben seien.

Hier finden wir einen Fall, bei dem, wie oben erwähnt, die hypochondrische Einstellung zum Körper in einer Einzelkrankheitsvorstellung fixiert wird und mit einer wahnähnlichen Konsequenz verfolgt wird, ohne daß es zu einer Ausbreitung der hypochondrischen Tendenz auf den ganzen Körper kommt.

Diesen drei zuletzt angeführten Fällen ähnlich in ihrer Symptomatik verhalten sich die Fälle 7, 26, 38, 41, 44, so daß eine spezielle Anführung hier überflüssig ist, da sie für die Betrachtung keine neuen Gesichtspunkte mehr ergeben.

Wir können also nunmehr zwei, nach Umfang und Ausprägung verschiedene Gruppen umschriebener hypochondrischer Zustände abgrenzen. Bei der ersten handelt es sich um Kranke, deren Anschauungen nicht die Determinierung zeigen, die bei den eigentlichen Hypochondrischen das wesentliche Krankheitsmoment darstellt. Zwar liegt auch hier schon eine abnorme psychische Konstitution insoweit vor, als sensationell wirkende Körperempfindungen oder Körperschädigungen — und in dieser sensationellen Aufnahme äußert sich schon eine abweichende Wertauffassung und Einordnung im Hinblick auf den Körper gegenüber dem gesunden Menschen — mit dem ursprünglich auslösenden Schädigungsvorgang übertrieben und in objektiv falscher Weise in ein Beziehungsverhältnis gesetzt werden, so z. B. die Zurückführung aller möglichen geklagten Beschwerden auf einen Unfall, von deren Berechtigung und objektiver Richtigkeit der Kranke im Gegensatz zu dem aus einer Zweckeinstellung handelnden Rentenneurotiker voll überzeugt ist. Der psychisch gesunde Mensch stellt einen Zusammenhang dieser Wertigkeit nicht her, weil eine Überprüfung seiner Anschauungen durch eine in seine Gedankengänge eingreifende Wertkritik ihn nur da eine ursächliche Verbindung herstellen läßt, wo er durch Beweisgründe eine — natürlich subjektiv gefärbte — Einsicht in den genetischen Zusammenhang gewinnen kann. Eine so gewonnene Einsicht fehlt aber gerade beim Hypochondrischen. Andererseits bleibt aber der Hypochonder dieser ersten Gruppe durch eine im gewissen Sinne noch kausale Verknüpfung seiner Beschwerden vor dem Schicksal einer hypochondrischen Veränderung seiner gesamten Psyche bewahrt. Der Ablauf dieser isolierten

Digitized by Google

hypochondrischen Vorstellungen bleibt hinsichtlich seiner Methodik ein dem übrigen Vorstellungsablauf paralleler, es kommt nur zu einer Veränderung der Wertigkeit für diese Vorstellungen hinsichtlich des Inhaltes. Durch die Überbetonung dieser Inhalte kommt es bei dem bewußten logischen Aufbau der mehr im Bereich des Intellekts liegenden Vorstellung zu einer Stauung dieser Vorstellungen, aus der ihre Überwertigkeit resultiert. Man kann diese Gruppe am besten nur als reaktive hypochondrische Zustände bezeichnen. Hier dürfte die Mehrzahl aller Fälle mit hypochondrischen Äußerungen überhaupt, wie auch die Mehrzahl der hier mitgeteilten Fälle anzuführen sein.

Auch hinsichtlich der Therapie verhalten sich diese Kranken gegenüber den eigentlichen Hypochondern verschieden. Wenn auch ein Teil von ihnen diesen darin ähnelt, daß sie mit einer gewissen Einsichtslosigkeit Belehrungen gegenüber sich an ihre überwertigen Vorstellungen anklammern, weil diese ebensostark in den Vordergrund der Aufmerksamkeit gerückt sind, so gelingt es doch in den meisten Fällen, sie durch geeignete psychotherapeutische Belehrung, Erklärung der Zusammenhänge und vorsichtige symptomatische Behandlung wesentlich einzuschränken, unter Umständen diese sogar überhaupt völlig abzudrängen. Jedenfalls zeigte auch ein Teil der hier angeführten Beobachtungen eine wesentliche und anhaltende Besserung. Voraussetzung dafür ist natürlich ein bestimmter Intelligenzzustand und eine nicht zu weitgehend eingeschränkte Aufnahmefähigkeit. Bei schwer Debilen oder auch bei ausgeprägten Psychosen, bei denen hypochondrische Ideen aufgepfropft sind, ist — für die letzteren wenigstens für die morbide Zustandsdauer — eine nachhaltige Beeinflussung so gut wie ausgeschlossen.

Wesentliche Unterschiede in psychopathologischer Hinsicht zeigt demgegenüber die zweite Gruppe, in der die eigentlichen Hypochonder zusammengefaßt sind. Wir haben in beiden Gruppen Fälle gesehen, die für die unterschiedliche Kennzeichnung besonders instruktiv sind, da bei ihnen gleicherweise ein Trauma oder ein Unfall im Beginn der Erkrankung steht. Wenn es trotzdem bei den echten Hypochondern zu einer so wesentlich weitergehenden seelischen Veränderung kommt — in vollem Umfange gilt dies natürlich nur für »Ideal«fälle —, so muß dafür noch eine andere Ursache gesucht werden. Betrachten wir einen solchen ausgeprägten hypochondrischen Zustand als Gesamtes, als abgeschlossenes Bild, so können wir feststellen, daß hier nicht mehr allgemeiner gehaltene Klagen immer wieder auf das im Beginn stehende Ereignis ursächlich zurückgeführt werden. Vielmehr ist hinsichtlich der eigentlichen Krankheitsveranlassung ein vorhandenes Kausalbedürfnis in hinreichender Weise befriedigt; die Empfindung des

Digitized by Google

Traumas stellt einen psychisch abgeschlossenen Vorgang dar, als dessen Ersatz im Assimilationsprozeß schon das Resultat eines Vorstellungsablaufes gesetzt wird, nämlich die Körper-Minderwertigkeitsüberzeugung. Der Ausgangspunkt für seine Krankheitsspekulationen ist dem Hypochonder nicht mehr ein immer wiederkehrendes Bewußtwerden der Schädigung, sondern ein, mit einer bestimmten Affektqualität ausgestattetes, Erleben eines bereits »perfekten« Schadens. In analogem Verhältnis stehen in anderen Fällen mißdeutete Körperempfindungen. Auf diesem Erleben bauen sich nun seine Reflexionen auf, seine Grübeleien über mögliche Folgeerscheinungen und die Rückübertragung auf den Körper in Form von ihm besonders geläufigen umschriebenen Krankheitsbildern oder eines völligen Krankseins des gesamten Körpers. Dabei kommt es dann in einem circulus vitiosus wegen der einseitigen Interessenabsorption zu einer noch stärkeren Ich-Isolierung, als diese schon ohnehin als Persönlichkeitstypus gegeben ist. Aus ihr heraus kommt der Hypochonder schließlich in der voll ausgebildeten Endhaltung — die dann keine weiteren Variationen mehr erfährt — zu einer förmlichen hypochondrischen Tendenz dem Körper gegenüber, zu einer regelrechten Krankheitssucht. Besonders ausgeprägt zeigen die Fälle 5, 25 und 35 diese Einstellung.

Wollte man nun annehmen, daß eine solche Systematisierung der variabelsten Einzelideen zu einem geschlossenen Anschauungskomplex lediglich ein Summationsvorgang sei, so würde man damit den Fehler begehen, ein post hoc für ein propter hoc zu setzen. Man müßte dann fragen, warum nicht in allen Fällen, wo hychochondrische Äußerungen über längere Zeiträume hin auftreten, eine Anreicherung eintritt, derart, daß schließlich eine förmliche hypochondrische Perspektive zu allem Körpergeschehen vorliegt. Man muß die Entstehungsbedingungen dafür tiefer, in der psychischen Struktur primär suchen. Es liegt hier eine veränderte seelische Artung in dem Sinne vor, daß bei diesen Kranken eine Schwäche der Kritikfähigkeit und damit der Wertauffassung dem Körper gegenüber Assoziationen, die beim Normalen durch Kritik wieder abgedrängt werden, zu bewußten Vorstellungen werden läßt. Die Grundlage für die erhöhte affektive Bereitschaft, die besonders an das Körperempfinden gebunden ist, ist in der »zentralen Anlage der Persönlichkeit« zu suchen, »d. h. an der Stelle der Persönlichkeit, wo die niedrigsten und die höchsten, die sinnlichsten und die erhabensten Antriebe der menschlichen Vitalität, vor allem die Lebenstriebe ... verankert sind« *(Kehrer*[40]*)*, als eine Triebhaftigkeit, die in bevorzugter Weise das Erlebnisgebiet des Körpers zum Gegenstand von überwertbetonten Vorstellungen ergreift. Für diese in einer so tiefen seelischen Sphäre liegende Grundlage spricht auch die Tatsache, daß diese Vorstellungen bei den ausgebildeten hypo-

Digitized by Google

chondrischen Zuständen mit einer so konsequenten, wahnanalogen Einförmigkeit festgehalten werden.

Es ist somit zu folgern, daß die angedeutete seelische Artung auf einer konstitutionellen Grundlage beruht. Hier gilt, mutatis mutandis, was *Kehrer* (l. c.) sagt: »Wenn ein Mensch, bei dem wir weder Halluzinationen noch nennenswerte Illusionen, aber auch keine besonderen äußeren Schädigungen irgendwelcher Art nachweisen können, zu Wahnvorstellungen kommt, müssen wir logischerweise einen nur erklärbaren Grund annehmen und nach anderweitigen Erfahrungen diesen in irgendeiner entweder mehr durch Erblichkeit oder mehr durch frühere Lebenseinwirkungen verursachten Störungen derjenigen körperlichen Anlagen suchen, aus welchen sich die seelischen Funktionen ergeben, die bei Wahnbildungen am Werke sind.« Unsere Fälle zeigen, ohne daß hier noch einmal im einzelnen darauf hingewiesen werden soll, eine Reihe von Anhaltspunkten dafür, sei es, daß in der Familienanamnese Belastungspunkte vorhanden sind, sei es, daß die in Frage kommenden Kranken sich in ihrer Reaktionsweise auch sonst als psychisch verändert erkennen lassen. Gerade *Wollenberg* hat auch auf das »Vorhandensein einer vererbten psychopathischen Grundlage, zuweilen sogar zu einer speziell hypochondrischen Erkrankung« hingewiesen. Im Einklang damit stehen auch mehrere Beobachtungen in der Literatur, von denen hier nur die *Schilders* über das Auftreten von hypochondrischen Vorstellungen bei zwei Schwestern erwähnt werden soll. Jedenfalls berechtigen die bisherigen Beobachtungen — die durch weitere ergänzt werden müssen — dazu, anzunehmen, daß es bei diesen Formen hypochondrischer Anschauungstendenz sich um eine konstitutionell bedingte Abnormität der seelischen Veranlagung handelt, und daß damit die Entstehungsgrundlage für die Ausbildung einer umfassenden hypochondrischen Einstellung, nicht nur zu reaktiven Äußerungen, gegeben ist. Es wurde schon erwähnt, daß diese »essentiellen Formen« (*Gillespie* l. c.) therapeutisch letztlich unangreifbar sind, weil das konstitutionelle Moment, auf dem die Vorstellungen aufgebaut und unterhalten werden, weder einer therapeutischen Fremdeinwirkung noch einem autosuggestiven Eigeneinfluß zugängig ist.

Abschließend kann also diese konstitutionelle Form eines umschriebenen hypochondrischen Krankheitsbildes dahin definiert werden, daß auf dem Boden einer abnormen seelischen Bereitschaft unter falscher Verwertung affektbetonter Körperempfindungen eine Krankheitseinbildung entsteht, deren Umfang und Ausprägung in einem unverhältnismäßig starken Gegensatz zur auslösenden Ursache steht und die gegen Fremdbeeinflussung sich von einer wahnähnlichen Resistenz zeigt. Daß

Digitized by Google

es sich bei diesem umschriebenen Krankheitsbild nicht um eine Wahnbildung im Sinne des engeren paranoischen Krankheitsbildes handelt, ist schon oben ausgeführt worden. Hier sei noch einmal betont, daß die sensationellen Äußerungen dieser Hypochonder immer einen Symbolcharakter behalten und daß statt eines in der Sphäre des »Persönlichen« verhafteten Beeinträchtigungsgefühls ein »objektives« Schädigungsgefühl der Körpersphäre im weiteren Sinne vorhanden ist. Die Wahnähnlichkeit der fixierten hypochondrischen Vorstellungen ist in erster Linie durch deren abnorm feste Verankerung zu erklären.

Dieses abgegrenzte Krankheitsbild, das wir bei der zweiten Gruppe, die als »konstitutionelle Hypochonder« zusammengefaßt werden, gesehen haben, unterscheidet sich von der ersten Gruppe der reaktiven hypochondrischen Äußerungen durch seinen charakterologischen Eigenwert. Gegenüber den eigentlichen psychotischen Krankheitsbildern unterscheidet es sich durch die Eigenart seiner Symptomatik und durch seine eigentümliche Vorstellungsgenese als autonome Krankheitseinheit. Es zeigt sich durch das fast zwangsmäßige Hinwenden zu Krankheitsdeutungen und das wunschmäßige Hinneigen — trotz eines scheinbar gegenteiligen Ausdrucksaffektes — zu Krankheitsvorstellungen als eine regelrechte Krankheitssucht, als »Nosomanie«.

Literaturverzeichnis.

(Die hier angegebenen Zahlen stimmen mit den im Text angegebenen überein.)

1. *Althaus:* »Über Hypochondrie und Nosophobie«. Deutsch. Archiv f. klin. Medizin, Bd. LIV, 4 u. 5 (1895).
2. *Arndt:* »Die Neurasthenie, ihr Wesen, ihre Bedeutung und Behandlung vom anatomisch-physiologischen Standpunkt«. Wien u. Leipzig (1885).
3. *G. Ballet et A. Gallais:* »Un persécuté hypochondriaque«. l'Enzephale 8, I (1905).
4. *Bauer u. Schilder:* »Über einige psychophysiologische Mechanismen funktioneller Neurosen«. Deutsch. Ztschr. f. Nervenheilkund., 64 (1919), S. 279.
5. *Beard:* »Die Nervenschwäche, ihre Symptome, Folgezustände und Behandlung«. 2. Aufl. (1882).
6. *Benon:* »Blennorhagie et hypochondrie«. Annal. des maladies Vénér., Jg. 20 Nr. 8 (1925).
7. *Binswanger:* »Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie« (1896).
8. *Birnbaum:* »Über den kausalen Zusammenhang hypochondrischer Wahnvorstellungen mit somatischen Störungen«. Medizin. Klinik (1907), 30, S. 891.
9. —, »Die psychischen Heilmethoden«, Leipzig (1927).

Digitized by Google

10. *Bornstayn, M.:* »Hypochondrische Form der Schizophrenie«. Zentralbl. f. Neur. u. Psych., 48, S. 365 (1928).
11. *Böttiger:* »Über Hypochondrie«. Arch. f. Psych. 31 (1898), S. 378.
12. *Brachet:* »Über die Hypochondrie«. (Deutsch: Krupp). Leipzig (1846).
13. *Carp, E. A.:* »Zur psychoanalytischen Auffassung der Hypochondrie«. Zeitschr. f. Neurolog. 115, S. 478 (1928).
14. *Codet, H.:* Progres Med. (1926), 41, I. S. 1873.
15. *Culpin, Millais:* »The nomenclature of minor mental discorders«. Journ. of neurolog. and psychopatholog., Bd. III. Nr. 10, S. 105 (1922).
16. *Déjerine et Gauckler:* »Les Psychoneuroses«. Paris (1911), S. 186.
17. *G. Demis et P. Camus:* »Sur une forme d'Hypochondrie aberante duè a la perte de la conscience du corps«. Rev. neurolog. (1905) XIII, S. 461.
18. *Dromerd et Senges:* »Maigreur pathologique chez une aliéné hypochondriaque«. l'Enzephale VI. S. 64 (1911).
19. *Esquirol:* »Des maladies mentales«. Paris, I. 8 (1838) S. 200 u. f.
20. *Ferenczi:* »On eye Symbolism: Contributions to the Psychoanalysis«. Boston (1916). Orig. ungar.
21. —, »Further contributions to the Theorie and Technique of Psychoanalysis«. Boston (1910). Orig. ungar.
22. —, »Hysterie und Pathoneurosen«. III. Internationale psychoanalytische Bibliothek (1919), Nr. 2.
23. *Fleury, M. de:* Journal de Méd. de Paris (1921), XI. S. 683.
24. *Foerster:* Monatsschrift f. Neur. u. Psych. (1903) XIV, S. 189.
25. *Freud:* »Zur Einführung des Narzismus«. Jahrbücher für Psychoanalyse 61 (1914).
26. —, »Gesammelte Schriften«, Bd. VII, 3. T., S. 427 u. f., 4. Aufl. (1922).
27. *Friedemann, M.:* »Zur Auffassung und Kenntnis der Zwangsideen und der isolierten überwertigen Ideen«. Zeitschrift f. ges. N. u. Ps. (1914), 21, S. 333.
28. *Gans, A.:* Beiträge zur Kenntnis der krankhaften Abweichungen vegetativer Organe bei Hypochondrie«. Nederlandsch tijschr. v. geneesk. Jg. 68, Nr. 21, S. 2600 (1924).
29. *Gillespie, R. D.:* »Hypochondria: Its definition, nosologie and psychopathologie«. Guys Hosp. Rep. 78, S. 408 (1928).
30. *Griesinger:* »Pathologie und Therapie psychischer Krankheiten«. II. Aufl. (1867), S. 215.
31. *Haberkandt:* »Blüchers Hypochondrie«, Psychiatr.-neurolog. Wochenschrift (1923), Nr. 7/8, S. 39.
32. *Higier, H.:* »Hypochondria iatrogenetica«. Warszaw. Czas. lek. V. 22 (1928).
33. *Hirschfeld:* »Sexuelle Hypochondrie und Skrupelsucht«. Zeitschr. f. Sexualwissenschaft, 2, S. 112 (1915).
34. *Hitzig:* »Über den Querulantenwahnsinn«. Leipzig (1895).
35. *Höβlin, v.* [siehe in Müllers Handbuch der Neurasthenie (1893)].
36. *Hoche:* »Die Melancholiefrage«. Zeitschr. f. Nerv. u. Psych. Bd. I (1910), S. 548.
37. *Jolly:* »Hypochondrie«. *v. Ziemssens* Handbuch der spez. Path. u. Therap., Bd. XII. (1877).

Digitized by Google

38. *Kehrer:* »Psychosen des Um- und Rückbildungsalters«. Zentralbl. f. ges. N. u. Ps. (1921), Bd. XXV, S. 1 u. f.
39. — »Über Hypochondrie«. Allg. ärztl. Zeitschr. f. Psychotherap. u. psych. Hygiene. Bd. II, H. 8 (1929), S. 473.
40. — »Paranoische Zustände«. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten, Bd. VI, Teil 2, S. 240 u. f.
41. *Kraepelin:* »Psychiatrie«. Leipzig (1911), IV, 12. I. A.
42. *Krafft-Ebing:* Die Hypochondrie«. *Nothnagels* Handbuch der spez. Path. u. Therap. Bd. XII, II., 7 (1898).
43. *Kyaw:* »Neurosen, Neurasthenie, Hysterie, Hypochondrie«. Zentralbl. f. innere Med. Jg. 47, Nr. 9, S. 186 (1926).
44. *Lorrand, A. S.:* »A narcissistic neurosis with hypochondriac symptoms« (1924).
45. *Löwenfeldt:* »Pathologie und Therapie der Neurasthenie und Hysterie«. (1894), S. 87 u. f.
46. *Marie et Bourichet:* Rev. de Psychiatr. (1904), S. 177.
47. *Medow, W.:* »Eine Gruppe depressiver Psychosen des Rückbildungsalters mit ungünstiger Prognose«. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh., Bd. 64, H. 4, S. 480 (1922).
48. *Mendel:* »Hypochondrie beim weiblichen Geschlecht«. Deutsch. med. Wochenschr. (1889), S. 205.
49. *Merklin:* »Über Hypochondrie«. Irrenfreund (1892).
50. *S. Meyer:* »Hysterietheorie«. Zeitschr. f. ges. N. u. Ps. 5 (1911), S. 216.
51. *Michéa:* »Du siège de la nature intime, des symptoms et du diagnostic de l'Hypochondrie«. Paris (1843).
52. *Müller* (in *Müllers* Handbuch der Neurasthenie). Leipzig (1893).
53. *Nouet et Lautière:* »Sur la délire hypochondriaque intercurrent au cours de l'evolution du délire de revendication«. l'Enzephale, Jg. 18, Nr. 3, S. 164 (1923).
54. *Pick, A.:* »Zur Lehre von der Hypochondrie, hypochondria cum materia?« Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. (1903), LX, S. 111.
55. *Raecke:* »Über Hypochondrie«. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr. LIX (1902).
56. *Rickmann, J.:* Brit. Journal Med. Psychol. (1927), VII, S. 111.
57. *Rodiet et P. Dalmas:* »Délire hypochondriaque et lésions organiques«. Gazett. des Hôp. de Paris (1914), LXXXVII, S. 1061.
58. *Ross, T. A., and Gillespie, R. D.:* »The psychopathological developement of a paranoid psychosis«. II. Teil, Proc. Roy. Soc. Med. (1927), 20, S. 903.
59. *Roy, P.:* »De l'hypochondrie«. Arch. de Neurolog. (1905), XX; 2, S. 166 u. f.
60. *Schilder:* »Zur Lehre von der Hypochondrie«. Monatsschr. f. Ps. u. N., Bd. 56, H. 2/3, S. 142 (1924).
61. *Schmitz:* »Monosymptomatische Melancholie«. Münchener med. Wochenschr. (1923), 13.
62. *Schott:* »Über Hypochondrie und hypochondrische Zustände«. Berlin. klin. Wochenschr. (1904) XLI, S. 1325.
63. *Schüle:* »Klinische Psychiatrie« (1886), S. 277 u. f.

Digitized by Google

64. *Schwarz, H.:* »Circumscripte Hypochondrien«. Monatsschr. f. Psych., Bd. 72 (1929).
65. *Seglas et Logre:* »Délire hypochondriaque, torticollis mental, tics multiples, aspect parcinsonnien«. Rev. neurolog. (1911), I, S. 53.
66. *Sommer, M.:* »Zur Frage der nosologischen Selbständigkeit der Hypochondrie«. Zeitschr. f. d. ges. Neurolog. u. Psych. VI., S. 247 (1911).
67. —, *R.:* »Diagnostik der Geisteskrankheiten« (1894).
68. *Spindler, K.:* »La forme hypochondriaque de la schizophrenie«. Med. Journal, Straßburg, Jg. 88, Nr. 8, S. 110.
69. *Starobinski, A.:* »Les Hypochondriaques«. Schweiz. Rundschau f. Med., Bd. 21, Nr. 41 (1926).
70. *Steckel, W.:* »Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung«. Wien (1921).
71. *Tuczek:* »Zur Lehre von der Hypochondrie«. Zeitschr. für Psych. 39 (1883), S. 653.
72. *Vigoroux:* Hypochondrie et lésions organiques latentes«. Annal. Méd. Psycholog. (1905) II.
73. *Westphal:* »Über Hypochondrie« (im Lehrbuch *Binswanger-Siemerling*).
74. — »Über Zwangsvorstellungen«. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 47, 48 (1877).
75. *Wolffsohn:* »Ein Beitrag zur nosologischen Stellung der Hypochondrie«. Kiel (1906).
76. *Wollenberg:* »Die Hypochondrie«. *Nothnagels* Handbuch der spez. Path. u. Ther., Bd. XII (1904).
77. — »Die nosologische Stellung der Hypochondrie«. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr. (1905), XXVIII, S. 529.
78. *Ziehen:* »Psychiatrie«. Leipzig (1894).

Digitized by Google

(Aus den Wittenauer Heilstätten — Direktor: San.-Rat Dr. *Bratz*.)

Kriminalanthropologische Betrachtungen.

Versuch einer objektiven Untersuchungsmethode zur Feststellung von kriminellen Eigenschaften.

Von

Dr. **M. Inglessis.**

I. Einleitung[1]).

Die Kriminal-Biologie und Anthropologie würden letzten Endes stets ein Torso bleiben, wollten sie von vornherein nur auf die Untersuchungsergebnisse bei Deliquenten sich beschränken und auf Vergleiche mit den Befunden an moralisch Gesunden bzw. an Nicht-Kriminellen verzichten. Denn, ebenso wie dem Anatomen und Physiologen gibt die ausschlaggebende Erklärung für manchen Befund und manches Verhalten der Organe schließlich nur die vergleichende Anatomie und Physiologie.

Man wolle z. B. an das Chlorophyll denken, das nicht dazu da ist, um den Pflanzen die grüne Farbe zu geben, sondern ähnliche Funktionen hat, wie das rote Blut der Säugetiere und daher auch in der Lage ist, in einer dem Hämoglobin ähnlichen Weise zu fungieren und bei vielen sogenannten Blutkrankheiten die Rolle des Hämoglobins zu übernehmen, mit anderen Worten als Blutbestandteil zu funktionieren. Diese Entdeckung wäre ohne Hilfe von vergleichenden Untersuchungen so gut wie unmöglich. Dasselbe würde ceteris paribus auch bei kriminalbiologischen und anthropologischen Untersuchungen der Fall sein. Auch hierbei ist man auf Vergleiche mit normalem Material angewiesen. Es bestehen allerdings zwei grundsätzliche Schwierigkeiten: erstens — die Heranziehung von Normalen (im kriminalistischen Sinne) zu derartigen langwierigen Untersuchungen, wie Messungen aller Art, Explorationen usw. Und zweitens: unsere Unwissenheit darüber, ob die angeblich »anständigen« und »ehrbaren« Mitglieder der Gesellschaft auch

[1]) Herrn Direktor Dr. *Bratz* bin ich für die freundliche Erlaubnis, derartige Untersuchungen an seiner Anstalt durchzuführen, zum größten Dank verpflichtet.

Digitized by Google

wirklich alle »einwandfrei« im kriminalbiologischen Sinne sind, selbst, wenn sie bis zu ihrem letzten Atemzug niemals mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten seien, und selbst, wenn bis zu ihrer Sterbestunde nicht die Spur eines Verdachtes auf ihrem Haupte jemals gelastet habe. Ohne die Bewältigung dieser letzten und wichtigsten Schwierigkeit aber dürfte jeglicher Vergleich mit sogenannten »Normalen«, d. h. in diesem Falle: Nicht-Kriminellen, von vornherein illusorisch und zum mindesten von zweifelhafter Bedeutung sein. Denn selbst wenn derartige unerkannte verbrecherische Naturen relativ selten sein sollten, so stören sie trotzdem die Bemühungen des Kriminalanthropologen bei seiner Vergleichstätigkeit und können ihn zur Aufstellung von zahllosen »Ausnahmen« zwingen, in deren Wust die mühsam gesuchte »Regel« mehr oder weniger verschwindet. — Dadurch aber verlieren fast alle kriminalanthropologischen und kriminalbiologischen Forschungsergebnisse an Wert und Gültigkeit, weil man dann konsequenterweise das häufige Vorkommen von sogenannten »Ausnahmen« verallgemeinern müßte, also auch zugunsten von wirklichen Verbrechern.

Damit wäre der Kriminalanthropologe und Kriminalbiologe als Berater des Gerichts erledigt, und man würde den Deliquenten nach wie vor nur nach seiner Straftat beurteilen. Und die schlimmste Konsequenz wäre die, daß zahlreiche Verbrechen ungesühnt blieben, obwohl die Täter täglich frei umher laufen würden; denn man hat z. Z. keine Möglichkeit, jemand als Verbrecher zu entlarven, sofern sein »Strafregister« einwandfrei ist und sogenannte belastende Momente nicht nachweisbar sind.

Unsere Fragestellung lautet also:

1. Sind alle diejenigen, die mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt kommen, auch wirklich verbrecherisch veranlagt?
2. (Die wichtigere Frage.) Ist jeder, der nie mit dem Gesetz in Konflikt kommt und als »anständiger Bürger« gilt und bei dem niemals irgendwelche Verdachtsmomente aufgekommen sind, auch wirklich frei von kriminellen Eigenschaften?

II[2]).

Es kommt häufig vor, daß man bei der Betrachtung von Bildern, die einerseits einen Verbrecher, andererseits sein »unglückliches« Opfer oder aber auch Zeugen und sonstige, nicht direkt beteiligte Personen darstellen, den Eindruck hat, der ab-

[2]) Diese kleine Abhandlung ist nur als eine Einführung für die eigentliche Arbeit gedacht, deren Zweck sein soll, die hier entwickelten Gedankengänge und theoretischen Überlegungen an Hand von Beispielen zu beweisen.

Digitized by Google

gebildete Verbrecher sehe wesentlich »sympathischer« aus, als die anderen, bzw. »weniger verbrecherisch« als das Opfer oder die unbeteiligten Zeugen.

Obwohl es sich nun bei der Äußerung derartiger Eindrücke keineswegs nur um das subjektive Urteil vereinzelter Beobachter handelt, sondern vielfach um das Empfinden zahlreicher Personen, dürfte es ohne weiteres klar sein, daß nicht nur der Kriminalist oder der Richter, sondern auch der Kriminalbiologe durch derartige »allgemeine« Ansichten niemals irgendwie sich beeinflussen lassen darf. Gehört doch schließlich das Gesicht eines Menschen — sowohl in der Ruhe als auch in der Mimik — zu den äußeren bzw. zu den körperlichen Merkmalen, welche nach der neueren Auffassung für sich allein niemals ausschlaggebend sein können und niemals dazu berechtigen, auf Grund gewisser Merkmale die Diagnose »Verbrecher« zu stellen.

Es ist auch nicht unsere Absicht an dieser Stelle auf diese Frage näher einzugehen.

Uns interessiert vielmehr eine andere Frage, und zwar: Inwiefern ist es erlaubt, die bei Nicht-Kriminellen erhobenen charakteristischen körperlichen und seelischen Merkmale, mit den Befunden an Kriminellen zu vergleichen — oder anders ausgedrückt: Woran erkennen wir, daß ein Mensch, sofern er als »Vergleichsobjekt« herangezogen wird, wirklich keine kriminellen Neigungen aufweist, bzw. als völlig »normal« (in kriminalbiologischem Sinne) zu gelten hat? Es ist klar, daß die Beantwortung dieser Frage für den Kriminalbiologen keineswegs gleichgültig sein kann, da auch die Kriminalbiologie auf die Anstellung von Vergleichen zwischen Kriminellen und Nicht-Kriminellen niemals verzichten kann. Ohne Vergleiche würden alle kriminalanthropologischen Messungen und sonstigen Befunde so gut wie zweck- und wertlos bleiben.

Es sei an dieser Stelle gleich darauf hingewiesen, daß die oben erwähnten Fragen in erster Linie nur den Kriminalanthropologen interessieren können, während der Jurist sein Urteil fast ausschließlich auf Grund der nachgewiesenen kriminellen Tat selbst fällen muß; mit anderen Worten, jeden Menschen, der nicht in Konflikt mit dem Gesetzbuch gekommen ist oder kommt, für »normal« — im kriminalistischen Sinne — zu halten hat.

Hiermit gelangen wir zum Kernpunkt unserer Fragestellung: Sind alle diejenigen, die niemals eine vom Gesetz geahndete Missetat begehen — von den sogenannten »unentdeckten« Verbrechern wird an dieser Stelle absichtlich abgesehen — auch wirklich frei von kriminellen Neigungen und dürfen sie ohne weiters — sofern ihre Akten nichts Nachteiliges enthalten —

Digitized by Google

als kriminalbiologisch »normal« angesehen und den eigentlichen »Verbrechern« als Vergleichsobjekt gegenübergestellt werden? Die Fälle der Freisprüche aus Mangel an Beweisen werden überhaupt nicht berücksichtigt; denn das Beweismaterial ist schließlich meistens auch nur Zufallssache. So etwas kann nur den Juristen interessieren. Der Kriminalbiologe aber muß nach anderen Gesichtspunkten urteilen. Die äußeren Beweismittel sollen für ihn nur »Hilfsmittel« sein. Das eigentliche Beweismaterial sollte er sich in Wirklichkeit nur aus der betreffenden Person selbst herausholen können.

Wonach entscheidet man bei der Wahl von »Normalen« darüber, ob die betreffende Person krimineller Handlungen fähig sei oder nicht? Und worin besteht letzten Endes die Besonderheit in den »verkappten« kriminellen Eigenschaften solcher Individuen, die obwohl sie ihren Mitmenschen unter Umständen großen Schaden zufügen können, mit keinem Gericht in Berührung kommen, weil diesem keine Handhabe zum Eingreifen sich jemals bietet?

Es ist an dieser Stelle vielleicht sehr angebracht zu betonen, daß für den Kriminalbiologen die rein juristische Beurteilung eines Menschen niemals völlig ausschlaggebend sein kann. Denn der Jurist ist auf Grund der Eigenartigkeit seines Berufs mehr oder weniger gezwungen, den Deliquenten fast immer in Verbindung mit der begangenen Missetat zu betrachten und über ihn zu urteilen. Anders aber beim Kriminalbiologen: Dieser muß stets versuchen, die Persönlichkeit des Missetäters als solche nach Möglichkeit zu ergründen, wobei der Tat selbst nur eine sekundäre Bedeutung beigemessen werden kann.

Ferner: es gibt wohl Fälle, welche in den Augen des Richters gewöhnliche »Verbrechen« bzw. Gesetzesübertretungen darstellen, obwohl diese Gesetzübertretungen keinesfalls als die Folge einer verbrecherischen Veranlagung angesehen werden dürfen, sondern einfach bestimmten äußeren, gebieterisch einwirkenden Situationen entspringen. So z. B. — nach *Aschaffenburg* — wenn eine hilflose alleinstehende Mutter sich auf die Straßenprostitution begibt, um ihr krankes bzw. hungerndes Kind ernähren zu können, nachdem alle ihre bisherigen korrekten Bemühungen erfolglos geblieben waren. *Aschaffenburg* bemerkt hierzu mit vollem Rechte, daß eine solche Mutter nicht nur keine Missetäterin ist, sondern viel eher eine »Heldin«, die uns — sofern wir gerecht denken — die tiefste Bewunderung und Hochachtung abzwingt. Zwar wird in solchen Fällen, auch der strengste Richter, der betreffenden Mutter gewisse »Milderungsgründe« zubilligen und sie nicht so streng beurteilen, wie sonstige Prostituierte — aber der Kriminalbiologe wird noch weiter als

Digitized by Google

der »milde« urteilende Jurist gehen müssen, die betreffende Mutter nicht als »Verbrecherin« ansehen, und beim Fehlen aller sonstigen kriminellen Eigenschaften sie zu den kriminalistisch »Normalen« — also Nicht-Kriminellen — zuzählen.

Rechnet also der Jurist zu den Missetätern auch solche Menschen, welche in Wirklichkeit keineswegs »verbrecherische« Neigungen aufweisen, so kommt gelegentlich auch das Gegenteil vor; nämlich: wenn das Gericht »aus Mangel an Beweisen« seinen Freispruch fällen muß. Unter solchen Freigesprochenen gibt es sicherlich zahlreiche wirklich Unschuldige, also solche, die wirklich keiner bösen Tat fähig sind; daneben aber auch wirklich »Schuldige«, die ihre Befreiung nur zufälligen äußeren Umständen verdanken. Und wie leicht kann es vorkommen, daß ein freigesprochener »Schuldiger«, nach einer Reihe von Jahren, eines Tages und rein zufällig, auf Grund seines tadellosen Strafregisters zu einem von den vielen »Nicht-Kriminellen« gestempelt und mit geständigen Kriminellen körperlich und psychisch verglichen wird, obwohl er vielleicht ein viel größerer Verbrecher ist als der vom Gerichte Verurteilte.

Die Aufgabe, die bereits in Haft Sitzenden für kriminalanthropologische Zwecke möglichst genau zu sortieren, dürfte dem Kriminal-Biologen keine besonderen Schwierigkeiten bereiten. Anders verhält es sich jedoch mit der Abgrenzung der überführten Deliquenten gegen die sogenannten »Normalen« bzw. angeblich Nicht-Kriminellen. Es ist klar, daß die bei gewöhnlichen Verbrechern erhobenen körperlichen und psychischen Befunde an sich nur relativ von Bedeutung sein können. Erst der Vergleich mit den objektiven Feststellungen an Nicht-Kriminellen gibt dem Untersucher die Möglichkeit, das bei den Kriminellen erzielte Ergebnis kritisch zu verwerten.

Um also ein einwandfreies Gesamtresultat zu bekommen, müßte man der »Normalität« der Vergleichspersonen völlig sicher sein. Leider läßt sich bis jetzt diese Forderung wesentlich leichter aufstellen, als praktisch durchführen. Die Gründe für diese Schwierigkeiten werden weiter unten noch genauer besprochen.

Es dürfte außer jedem Zweifel stehen, daß die Annahme, jeder, der mit dem Strafgesetzbuch niemals in Konflikt geraten sei, als Nicht-Krimineller gelten und u. a. als »normale« Vergleichsperson fungieren könne, nicht ganz richtig ist. Es ist m. E. völlig irreführend, wenn man die »Güte« eines Menschen einfach nach dem Strafregister und nach den Auskünften der Polizei beurteilen will. Es ist eine nicht wegzuleugnende Tatsache, daß zahlreiche, sogenannte »anständige« Personen mehr

Digitized by Google

oder weniger »bösartige« Eigenschaften aufweisen, womit sie das Leben ihrer Angehörigen, Verwandten, Freunde usw. in jeder Hinsicht vergällen. Dabei denke ich weniger an etwaige unangenehme Launen — was immerhin »harmlos« wäre — als an verhängnisvolle Neigungen oder besser gesagt kriminelle Eigenschaften, worunter die Umgebung des Betreffenden seelisch und körperlich zu leiden hat.

Der auf diese Weise zugefügte Schaden kann verheerende Wirkungen haben, und dieser Schaden dürfte wesentlich größer sein, als der Verlust eines von dritter Seite gestohlenen Gegenstandes oder das Erleiden einer körperlichen Verletzung. Ein einfaches Beispiel: Wenn ein Gatte, der mit seiner Ehefrau nicht mehr harmoniert, diese durch unaufhörliche Schikanen, zu jeder Tageszeit und bei jeder Gelegenheit, mürbe zu machen sucht und auch nicht davor zurückschreckt, die eigenen Kinder gegen die Mutter aufzustacheln und zu hetzen, so ist es klar, daß eine solche Mutter seelisch und körperlich darunter leiden wird, jegliche Freude an ihrem eigenen Heim verliert und letzten Endes zur Verzweiflung getrieben wird, die u. a. auch zum Selbstmord führen kann. Diese »seelische« Mißhandlung kann in einer Weise geschehen, daß weder die Polizei irgendwie einzugreifen, noch das Gericht eine Scheidung herbeizuführen in der Lage wäre (im Gegensatz zu körperlichen Mißhandlungen), zumal wenn die Ehefrau an ihren Kindern hängt, und wenn die Schikanen des Ehemannes keine äußerlich sichtbare Brutalität aufweisen, sondern ganz im stillen vor sich gehen. In einem solchen Falle, der übrigens nicht frei erfunden, sondern beobachtet wurde, kann nicht bestritten werden, daß der betreffende Ehemann Eigenschaften aufweist, die geradezu als verbrecherisch bezeichnet werden können, und es ist nicht einzusehen, warum dieser Mann vom kriminalbiologischen Standpunkt aus dem gewöhnlichen Verbrecher bzw. Mörder nicht gleichgestellt werden soll. Sein Verhalten der Ehefrau gegenüber ähnelt doch stark den Vorbereitungen zu einem Mordversuch. Die Art des Ermordens spielt keine Rolle und Mord bleibt Mord, oder — in leichteren Fällen — Mißhandlung bleibt Mißhandlung. Der einzige wirkliche Unterschied liegt nur in einer besonderen Beschaffenheit der kriminellen Eigenschaften der Betreffenden, worüber weiter unten ausführlich die Rede sein soll.

Zunächst ein weiteres Beispiel, das zwar der Literatur entnommen ist, aber auch in der Wirklichkeit seinesgleichen hat: Es handelt sich um das bekannte Drama Shakespeares »Othello«. Wer ist denn der eigentliche Mörder? Wohl sicher nicht der eifersüchtige Othello, sondern der seinem Herrn treu dienende Jago. Ein Taschentuch der unschuldigen Desdemona dient ihm

Digitized by Google

als Mittel zum Zweck. Durch seine vorgeheuchelte Ergebenheit und Treue Othello gegenüber stachelt er diesen auf, und ohne daß über seine Lippen das Wort »morden« oder »bestrafen« gekommen wäre, vollbringt er durch Othellos Hand die Mordtat an Desdemona. Kein Gericht der Welt hätte ihn jetzt als den Anstifter des Verbrechens ansehen können. Im Gegenteil — wenn man von den Auslassungen des Dichters absieht — würde man ihn wegen seiner Ergebenheit und wegen seines »korrekten« Verhaltens dem Gebieter gegenüber, höchstwahrscheinlich noch gelobt haben! Denn, wie hätte er auch ahnen können, daß sein Herr Desdemona eigenhändig töten würde!

In diesem Falle ist für den Kriminalbiologen auch folgende Tatsache von größtem Interesse: Würden Othello und Jago in unserer Zeit leben, so wäre es durchaus möglich, daß bei einer kriminalanthropologischen Untersuchung, Messungen und sonstige Befunde an dem »Verbrecher« Othello mit den Untersuchungsergebnissen bei dem »unbescholtenen« Jago verglichen würden!

Das klingt zwar etwas phantastisch und man könnte mir entgegenhalten, daß die Person Jagos im Drama selbst, von Anfang an, nicht gerade sympathisch erscheint; wir dürfen jedoch nicht vergessen, daß der Dichter auch in diesem Theaterstück das Bestreben hat, die Charakterzüge seiner Helden möglichst scharf zu zeichnen und alle auftretenden Personen sozusagen bis ins Tiefste hinein zu durchleuchten. Allein durch die Monologe lernen wir die seelische Beschaffenheit der meisten Helden gründlich kennen, und zwar in einer Weise, wie es dem Gericht niemals oder sehr selten gelingen würde. Deswegen glaube ich behaupten zu dürfen, daß Jago bei einer modernen Gerichtsverhandlung nicht nur nicht als der geistige Urheber des »Verbrechens« Othellos angesehen, sondern den Gerichtssaal frei von jedem Verdacht oder gar mit einem Lob für seine Treue und Besorgnis um seinen Herrn verlassen würde. Ähnliche Beispiele auch aus dem wirklichen Leben könnte man in Fülle anführen.

Es gibt selbstverständlich auch kleinere »Delikte« dieser Art. — Schließlich wäre auch die Schadenfreude in größerem Maßstabe zu erwähnen. Selbst bei größeren Unglücksfällen anderer, z. B. schweren Verletzungen, Verlust des Vermögens usw., verbergen manche Leute ihre Freude darüber keineswegs. Ist diese rücksichtslose Schadenfreude nicht auch ein Zeichen von einer »kriminellen Veranlagung«? Solche Personen gelten jedoch — sofern sie nicht auch aktiv eingreifen — für ehrliche und ehrbare Bürger. Sie sind für die Polizei »einwandfrei«, gelten als Muster anständiger Bürger und kön-

Digitized by Google

nen ebenso wie ein Jago oder wie der geschilderte Ehemann als Vergleichspersonen bei kriminalanthropologischen Untersuchungen herangezogen werden!

Es wurde bereits oben angedeutet, daß alle Versuche, kriminalbiologische oder anthropologische Befunde zu verwerten, von vornherein zwecklos sind und zu keinem brauchbaren Resultat führen können, sofern dieselben nicht mit Untersuchungsergebnissen an zweifellos »Normalen« — also einwandfrei Nicht-Kriminellen — verglichen werden können. Aber gerade die Untersuchung der »Normalen« bietet die größten Schwierigkeiten. Denn man kann unmöglich die frei umherlaufenden Bürger dazu zwingen oder auch dazu bitten, sich einer eingehenden Untersuchung zu unterziehen. Die andere — nicht minder wichtige Schwierigkeit besteht darin, daß man a priori gar nicht weiß, ob der betreffende »einwandfreie« Bürger auch wirklich so einwandfrei ist, wie sein Strafregister und das polizeiliche Führungszeugnis bekunden.

Bezüglich der ersten Schwierigkeit könnte man daran denken, zunächst die Insassen von gewöhnlichen Krankenhäusern — also Kranke mit somatischen Leiden zu erfassen und diese nach kriminalbiologischen oder anthropologischen Merkmalen zu untersuchen. Das Ergebnis einer derartigen Untersuchung würde wenigstens als Anfang zunächst genügen. Man hätte auf diese Weise die Befunde an sogenannten Nicht-Kriminellen beisammen.

Anders verhält es sich allerdings mit der zweiten Schwierigkeit, die darin besteht, Individuen mit sicherlich keinen kriminellen Eigenschaften zu unterscheiden. Hierfür müßten besondere Methoden ausgearbeitet werden, da, wie bereits ausgeführt, die polizeilichen Auskünfte und das einwandfreie Strafregister für den Kriminalbiologen ohne Bedeutung sind.

Eine solche Methode würde z. B. darin bestehen, die in Frage kommende Person anthropologisch und psychologisch zu untersuchen. Es dürfte jedoch klar sein, daß eine derartige Prozedur in Wirklichkeit kaum durchführbar sein würde, gleichgültig, ob es sich um wirklich einwandfreie Personen oder um solche mit kriminellen Eigenschaften handelt, denn es ist kaum möglich, die betreffenden Individuen einer derartigen minutiösen Untersuchung zu unterziehen. Höchstens in Heil- und Pflegeanstalten wäre das bis zu einem gewissen Grade durchführbar, wobei wir allerdings auf andere Schwierigkeiten stoßen würden, nämlich: daß die betreffenden Personen, auch wenn sie ein einwandfreies Leben aufweisen können, infolge ihrer

Digitized by Google

Geistesstörung möglicherweise Befunde zeigen, die einen klaren Einblick in die wirkliche psychische Konstitution trüben.

Deswegen dachte ich an eine Untersuchungsmethode, welche bei jedem Menschen unter irgendeinem Vorwand schnell verwendbar wäre, ohne den Verdacht bei ihm zu erwecken, daß es sich um eine kriminalanthropologische Untersuchung handelt. Diese Methode bestünde darin, auf eine möglichst einfache Weise zunächst wenigstens die rein körperlichen Merkmale als Ausdruck der seelischen Eigenschaften festzustellen. Selbstverständlich sollte bei dieser körperlichen Untersuchung jegliche auffällige Prozedur, wie Körpermessungen usw., vermieden werden, um die Geduld der Vergleichsperson nicht auf eine harte Probe zu stellen oder gar sie mißtrauisch zu machen.

Eine solche »unauffällige« Methode glaube ich in den Abdrücken der Handfläche nach Art der Daktyloskopie gefunden zu haben. Die Wahl der Handfläche als Untersuchungsobjekt hat in diesem Falle nichts mit »Chiromantie« zu tun. Es ist nur ein rein äußerlicher Zufall, daß die Chiromanten der Handfläche eine ebensogroße Bedeutung beimessen. Wir wollen auch nicht Zukunftsdeuterei treiben, sondern die Handfläche nur als den »Spiegel« seelischer Eigenschaften betrachten. Wenn nun auch viele »Handdeuter« aus der Handfläche ebenfalls den »Charakter« des Menschen herauszulesen versuchen, so ändert dies nichts an der Tatsache, daß die Form und der Verlauf der sogenannten Handlinien tatsächlich, bis zu einem gewissen Grade, die Charaktereigenschaften der betreffenden Person widerspiegeln.

Es ist jedoch klar, daß dem Kriminalbiologen und Anthropologen vage Begriffe wie Eigensinn, Geiz usw. nichts nützen können. Er muß in der Lage sein, viel weiter zu gehen, und deshalb muß die »Handlesekunst« des Kriminalisten noch wesentlich ausgebaut werden, bevor sie zu verwertbaren Resultaten führen kann. Deshalb sehe ich von einer Veröffentlichung »vorläufiger« Ergebnisse gänzlich ab, trotz der bisherigen günstigen Resultate.

Man würde also in diesem Falle den Abdruck der Handinnenfläche des betreffenden Individuums in wenigen Minuten abzunehmen suchen und die Person selbst vorerst von weiteren Untersuchungen und Explorationen befreien. Voraussetzung für das Gelingen dieser Methode wäre allerdings die genaue Kenntnis der Merkmale der Hand bei Personen verschiedenster Kategorien. Es muß also zunächst einmal das entsprechende Material gesammelt werden, um später durch einen einfachen Vergleich des aufgenommenen Handflächenabdrucks die entsprechenden Schlüsse ziehen zu können.

Digitized by Google

Es ist klar, daß diese vorbereitende Arbeit an sich schon schwierig ist und eine ziemliche Kenntnis der Beschaffenheit der Handfläche bei notorischen Verbrechern wie auch solchen Personen, die im kriminalbiologischen Sinne als normal gelten, erfordert. Es ist ferner klar, daß das Sammeln des Vormaterials an sich schon mit großen Schwierigkeiten verbunden sein wird; muß man doch auch zu seiner eigenen ersten Orientierung zahlreiche entsprechende Untersuchungen sowohl an Gefangenen als auch an »Normalen« vorgenommen gehabt haben.

Ich hatte bis jetzt Gelegenheit nur bei wenigen sogenannten »Normalen« die entsprechenden Handflächenabdrücke abzunehmen, konnte jedoch bereits bei diesen wenigen Personen Abnormitäten feststellen, welche zwar nicht auf eine kriminelle Veranlagung, immerhin jedoch auf abnorme Eigenschaften bei den Betreffenden hinweisen, z. B. Neigung zu Trunksucht, Homosexualität usw. Wenn also bereits bei dieser kleinen Zahl von »Normalen« abnorme Eigenschaften gefunden werden konnten, warum sollte es bei einer systematischen Bearbeitung und Verwertung zahlreicher solcher Handabdrücke nicht möglich sein, auch wirkliche kriminelle Eigenschaften festzustellen? Ich sehe vorläufig davon ab, die bisherigen Ergebnisse zu veröffentlichen, da das Material viel zu gering ist. Auch eine sogenannte vorläufige Mitteilung würde m. E. wenig Zweck haben. Aber eins steht für mich fest, daß der Versuch einer systematischen Bearbeitung und Durchsicht der Handflächenabdrücke nicht zwecklos sein würde. Das Ganze ist nur eine Frage der Zeit, der Geduld und des Entgegenkommens seitens der Behörden und der einzelnen Personen.

Ich habe vorhin erwähnt, daß es Menschen gibt, die zweifellos kriminelle Eigenschaften haben, ohne jedoch mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt zu kommen. Diese auffällige Tatsache beruht sicherlich nicht nur darauf, daß das Gericht dem Betreffenden kein Beweismaterial nachweisen kann, daß also nur der Mangel an Beweisen daran schuld sei, sondern daß die betreffenden Personen eine Eigenschaft aufweisen, welche ihre kriminellen Instinkte zu verdecken vermag.

Diese besondere Eigenschaft besteht m. E. darin, daß die in Frage kommenden Individuen außer ihren gewöhnlichen kriminellen Eigenschaften auch die Eigenschaft der Feigheit in sich tragen. Diese Feigheit bewirkt es, daß solche Kriminellen niemals offen auftreten, keinen offenkundigen Mord oder Raub begehen, sondern ihre Kriminalität durch die Feigheit[3]) zu ver-

[3]) Daß die Feigheit ein sehr übler Charakterzug ist, dürfte ohne weiteres klar sein. Auch darüber dürfte kein Zweifel bestehen, daß ein Feigling jeder

Digitized by Google

decken verstehen. Sie leisten sich fast alles, was ein gewöhnlicher Verbrecher leistet, aber nur sozusagen aus dem Hinterhalt. So z. B. sind sie imstande einen Dritten zu Tode zu peinigen, ohne daß sie selbst irgendwelche Drohungen ausstoßen oder auch sonst aktiv eingreifen. Sie verstehen es, dem anderen den größten Schaden zuzufügen mit einem Lächeln des Bedauerns, ohne daß der andere es gewahr wird, daß der eigentliche Feind eben diese scheinbar bedauernde Person ist. Unter dem Deckmantel der Treue und Freundschaft bringen sie es fertig, den andern unter Umständen zum Mörder zu machen (Jago). Man könnte vielleicht einwenden, daß diese Eigenschaft der Feigheit im Grunde genommen wie ein Hemmschuh wirke und vor Brutalitäten schütze. Aber diese Annahme wäre völlig falsch, denn man darf nicht vergessen, daß ein großer Teil, wenn nicht gar der allergrößte Teil der zugefügten Leiden eben diesen heimlichen Missetätern zu verdanken ist, und daß nur ein kleiner Teil der begangenen Verbrechen auf die rohe Brutalität der offenen Verbrecher zurückzuführen ist.

Es ist sicherlich keine phantastische Annahme, daß bei gewissen Personen die Feigheit eine derartig große Rolle spielt. Man braucht nur bei den betreffenden Verbrechern, die scheinbar ihre Hand nie offenkundig in das Blut des anderen getaucht haben, die Umstände genauer zu betrachten, und man wird sofort herausfinden, daß die genannten Persönlichkeiten sich durch einen besonderen Charakterzug von den gemeinen Missetätern unterscheiden, nämlich: die Feigheit. Dasselbe gilt auch für solche Fälle, bei denen der Betreffende scheinbar überhaupt nichts mit der verbrecherischen Tat zu tun gehabt hat (vgl. die Person des Jago oder des vorhin erwähnten Ehemannes, der seine Frau ohne direkte Drohungen und Mißhandlungen zur Verzweiflung bringt und sie auf diese Weise unter Umständen zum Tode treibt). Auch sonst kann man an Beispielen aus dem täglichen Leben die Beobachtung machen, daß alle diejenigen, die keine besondere Brutalität an den Tag legen, und die trotzdem mehr oder weniger kriminelle Handlungen begehen, ausnahmslos Feiglinge sind.

Es ist nicht meine Absicht, an dieser Stelle über die

Missetat fähig ist. Und wenn ein Feigling zufällig nichts Kriminelles zustande bringt, so hängt es zweifellos mit äußeren Umständen und mit dem Grade der Feigheit zusammen. An sich aber sollte man dem Feigen jede Missetat zutrauen, zum mindesten aber eine unverschämte Schadenfreude über das Unglück anderer, wobei er u. U. doch irgendwie beteiligt sein kann, also irgendwie die Rolle des »verkappten« Anstifters spielen. Die Feigheit vor dem Feinde soll an dieser Stelle unberücksichtigt werden. Denn es wirken dabei zweifellos auch andere psychologische Momente mit.

Digitized by Google

Eigenschaft der Feigheit mich weiter auszulassen. Ich will nur andeuten, daß man bei der psychologischen Untersuchung an Kriminellen diese Eigenschaft unter keinen Umständen vernachlässigen darf, zumal wenn durch die Feststellung eines derartigen Charakterzuges die Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit — besonders in unklaren Fällen — wesentlich erleichtert werden könnte. Denn es dürfte keinem Zweifel unterliegen, daß auch diese psychische Eigenschaft einen erkennbaren Niederschlag auf körperlichem Gebiete z. B. an der Handfläche hinterläßt.

Zusammenfassend glaube ich zurzeit folgendes sagen zu dürfen:

1. Das Strafregister ist für sich allein nicht maßgebend für die Beurteilung der Kriminalität einer Person im kriminalbiologischen Sinne.

2. Viele kriminellen Taten sind sicherlich von Menschen begangen worden, die im Grunde genommen nur geringe kriminelle Eigenschaften aufweisen.

3. Ein großer Teil von scheinbar einwandfreien und »ehrbaren« Bürgern dürfte sicherlich viel verbrecherischer veranlagt sein als manche im Gefängnis sitzenden Kriminellen, und ein großer Teil von begangenen Verbrechen dürfte zur Last der sogenannten anständigen Mitglieder der Gesellschaft gelegt werden, wobei wir von den sogenannten ungeklärten Fällen völlig absehen.

4. Zu den charakteristischen Eigenschaften von kriminellen Naturen sollte man auch die Feigheit im weiteren Sinne des Wortes hinzurechnen (dabei denke ich an die sogenannte Feigheit vor dem Feinde weniger, als an die allgemeine Feigheit).

5. Die Charakterzüge eines Menschen dürften zweifellos entsprechende körperliche Merkmale haben, wobei ich weniger an allgemeine Merkmale denke, als hauptsächlich an solche spezieller Natur, d. h. solche, die sich an gewissen Körperstellen ganz besonders ausdrücken. Eine derartige Körperstelle dürfte m. E. die Handfläche sein.

6. Die Beschreibung und Beurteilung der sogenannten Handlinien soll mit der Handdeuterei nichts zu tun haben. Denn der Kriminalbiologe, der sich mit der Erforschung der Handlinien abgibt, will mit der Zukunftsdeutung nichts zu tun haben, sondern betrachtet das Objekt seiner Forschung als das körperliche Äquivalent psychischer Züge. Der Umstand, daß viele geschickte Chiromanten sich mit der Zukunftsdeuterei nicht begnügen, sondern auch mehr oder weniger richtig die Charaktereigenschaften der sie aufsuchenden Person zu eruieren trach-

Digitized by Google

ten, darf den Versuch einer wissenschaftlichen Untersuchung des Verlaufs und der Beschaffenheit der Handlinien nicht von vornherein diskreditieren. Es wäre schließlich nicht das erste Mal, daß die Wissenschaft Gebiete bearbeitet, welche von »Kurpfuschern« und ähnlichen Personen bereits »durchgeackert« worden sind.

Zum Schluß möchte ich nochmals betonen, daß man nicht ohne weiteres jede unbestrafte und als ehrbar geltende Persönlichkeit als normal — im kriminalistischen Sinne — betrachten und dieselbe ohne eingehende Kriterien zu Vergleichen mit offenkundigen Kriminellen heranziehen darf.

Digitized by Google

(Aus der Brandenburgischen Landesanstalt Görden. Direktor Dr. *Viedens*.)

Vergleichende Untersuchungen über die Hämatologie und den Purinstoffwechsel bei Schizophrenen und Epileptikern.

Von

Dr. phil. et. med. **Karl Küppers.**

Je breiter und lebhafter *Wagner v. Jaureggs* jüngste Argumentationen bis in die Spalten der Tagespresse hinein erörtert werden, je mehr damit alte, besonders in der englischen Psychiatrie diskutierte Theoreme wiederaufleben, desto dringlicher ist es, auch die hämatologischen Verhältnisse unserer schizophrenen Kranken einer erneuten Betrachtung zu unterziehen. Ob nämlich der Schizophrenie eine latente Infektion zugrunde liegt: eine Tuberkulose, ein typhöser Herd, eine Colivergiftung — diese Frage mitzuentscheiden, ist nicht zuletzt die Hämatologie berufen und befähigt. Das infektiöse Blutbild ist bekannt. Es gilt nachzuweisen, ob zwischen ihm und dem schizophrenen Verwandtschaft oder Identität besteht oder nicht.

Freilich, seit langem schon haben zahlreiche Untersucher diesem schizophrenen Blutbild ihre Aufmerksamkeit zugewandt. Ich nenne *Krueger, Zahier, Jermakow, Lundvall, Schultz, Itten, Goldstein* u. *Reichmann, Heilemann, Bruce, Kahlmeter, Ostmann, Pförtner, v. Leupoldt*[1—11]. Man hat charakteristische Befunde erhoben. Neben Normalwerten fand man Polyglobulie im roten, ab und an auch gesteigerte Gesamtleukozytenzahlen im weißen Blut, und zwar letzteres besonders in beginnenden, exazerbierenden und hebephrenen Fällen. Man beobachtete Lymphozytose und oft auch Monozytose in chronischen Stadien. Man konstatierte Eosinophilie bei prognostisch günstigeren, Eosinopenie oder Aneosinophilie bei infausten Zustandsbildern. Gewiß bestehen auch Differenzen, bestehen z. T. sogar erhebliche Differenzen zwischen den Untersuchungsergebnissen der einzelnen Forscher. Aber *Maslov* nicht minder als *Salkind* oder *Mora, Amtman* und *Hoffman* konnten entscheidend dartun, wie mannigfach und weitgehend passagere Nebenumstände gerade die leukozytären Verhältnisse zu variieren

Digitized by Google

pflegen[13—14], und haben damit indirekt bewiesen, wie wenig wesentlich die Bedeutung jener Differenzen sein mag im Vergleich zu der übergroßen Zahl übereinstimmender Gesamtbefunde. Und so kamen damals schon nicht weniger Autoren zu der Vermutung, daß es sich doch vielleicht bei der Schizophrenie um ein einheitliches Blutbild und zwar ein toxisches Blutbild handle, daß irgendein Toxin im Blute kreise und sich anhäufe; ja, *Krueger* sprach sogar direkt von dem »Eindruck einer Blutveränderung bei einer Infektionskrankheit..., die ihren Höhepunkt überschritten hat«.

Niemals aber würde man eine solche These von der infektiösen Natur des schizophrenen Prozesses wirklich ernsthaft vertreten können, wenn man nicht vor allem eine Zellart des weißen Blutes besonders berücksichtigt, deren Zahlenverhältnisse hinsichtlich der Möglichkeit einer eventuellen Infektion ein entscheidendes Pro oder Kontra darstellen würde: eine Unterart der Neutrophilen, die Stabkernigen. Kommt nämlich im gesunden Blut auf etwa je 16 der segmentierten Neutrophilen ein solcher Stabkerniger (*Schilling*scher Index), so würde eine Verschiebung dieses Verhältnisses im Sinne einer Vermehrung der Stabkernigen (»Linksverschiebung« nach *Arneth*) fast pathognomonisch sein für den infektiösen Charakter eines Blutbildes, und zwar würde der Prozeß um so akuter sein, je höher im allgemeinen dieser »Kernverschiebungsindex« (*Schilling*[15]) läge. Wir müssen daher bei der Schizophrenie, soll ihr in der Tat ein Infekt zugrunde liegen, erwarten, daß erstens die im Beginn und bei Exazerbationen der Krankheit beobachtete Leukozytose eine neutrophile Leukozytose mit relativ starker Linksverschiebung darstellt als Ausdruck dafür, daß hier ein lebhafter Kampf zwischen einwirkendem Kontagium und den Abwehrkräften des Organismus statthat (»neutrophile Kampfphase« *Schilling*s). Sodann müssen wir fordern, daß in den späteren ruhigeren Zeiten unter partiellem Rückgang der Linksverschiebung, aber unter Anstieg der Monozyten der Organismus dem Vordringen dieses Infektes mehr oder weniger standhält (»monozytäre Abwehrphase« *Schilling*s). Weiter müssen wir annehmen, daß unter erneutem Rückgang der Stabkernigen, aber Vermehrung der Eosinophilen (»Morgenröte der Genesung«, *Schilling)* mit Anstieg der Lymphozyten, wie wir ihn ja bei älterer Schizophrenie fast regelmäßig beobachten, die reaktiven Abwehrmaßnahmen des Körpers der infektiösen Schädlichkeit mehr oder weniger Herr werden (»lymphozytäre Heilphase« *Schilling*s). Und schließlich müssen wir postulieren, daß zuguterletzt entweder unter Normalwerden der Leukozytenformel eine eventuelle Heilung, resp. wesentlichere Remission erfolgt — oder aber, daß bei mehr oder minder völligem geistigen Verfall ebenfalls

Digitized by Google

Tabelle

Fall Nr.	Diagn.	Leuk. 1 = 1000	Erythr. Mill.	Hbg.	Färb. index	Dick. Tr.	a) Leukozytenformel ohne zytose in				
							Seg.	Stab.	J.	Ly.	Gr. Ly.
1	III	14,7	4,08	78	0,95	o. B.	38	32	2	9	4
2	III	13,9	4,3	72	0,84	o. B.	62	12	1	10	9
3	III	13,6	5,45	91	0,83	o. B.					
4	I	12,9	5,16	100	0,97	o. B.					
5	IV	12,7	4,97	97	0,98	o. B.	67	5	0	25	2
6	I	10,4	4,91	80	0,82	o. B.	48	5	0	17	9
7	II	9,4	5,3	95	0,9	o. B.					
8	IV	9,1	5,39	68	0,63	o. B.	60	5	0	29	4
9	I	8,6	4,58	65	0,71	o. B.					
10	II	8,0	4,74	78	0,82	o. B.					
11	II	7,9	4,73	87	0,89	o. B.					
12	I	7,7	4,35	75	0,86	o. B.	59	7	0	28	3
13	III	7,5	5,3	104	0,98	o. B.	47	7	0	30	2
14	III	7,5	4,68	70	0,74	o. B.					
15	III	7,4	4,99	80	0,8	o. B.					
16	IV	7,2	5,26	80	0,76	o. B.					
17	II	7,0	4,02	76	0,9	o. B.	30	32	0	21	6
18	IV	6,8	5,08	85	0,83	o. B.					
19	IV	6,6	5,07	80	0,78	o. B.	48	20	0	10	11
20	II	6,5	5,24	85	0,81	o. B.					
21	I	6,2	5,0	82	0,82	o. B.	59	6	1	18	9
22	III	6,1	4,67	72	0,77	o. B.					
23	III	6,0	4,23	75	0,88	o. B.					
24	I	5,9	4,79	85	0,89	o. B.					
25	III	5,7	4,34	80	0,97	o. B.					
26	II	5,4	4,93	88	0,89	o. B.					
27	II	5,4	5,0	85	0,85	o. B.					
28	I	5,1	4,57	90	0,99	o. B.					
29	I	4,6	5,06	100	0,99	o. B.					
30	III	4,2	5,21	90	0,87	o. B.	39	18	0	23	8
31	II	2,7	5,5	90	0,82	o. B.					
32	II	12,0	6,4	85	0,66	o. B.	72	4	0	15	3
33	IV	10,9	5,12	92	0,9	o. B.					
34	II	10,5	4,75	74	0,81	P(+)					
35	IV	9,7	4,0	70	0,88	o. B.					
36	IV	8,3	4,83	81	0,84	o. B.					
37	II	7,7	4,78	92	0,96	o. B.	62	2	0	28	4
38	II	7,6	5,28	90	0,85	o. B.					
39	III	7,6	4,66	93	1,0	P(+)	74	2	0	20	2
40	II	7,5	5,02	81	0,81	o. B.					
41	II	7,4	5,22	92	0,88	o. B.					
42	II	7,1	5,28	85	0,8	o. B.					
43	III	6,2	5,02	80	0,78	o. B.					
44	II	5,9	5,29	75	0,7	o. B.	70	4	0	22	2
45	II	5,8	5,29	95	0,9	o. B.					
46	II	5,6	4,58	75	0,82	o. B.	58	1	0	30	4
47	I	5,5	5,03	87	0,86	o. B.	70	2	0	23	2
48	I	5,5	4,61	80	0,87	o. B.					
49	IV	4,7	4,76	82	0,86	o. B.					
50	II	4,5	4,4	84	0,95	o. B.	63	2	0	30	3

Digitized by Google

I.

rel. Lympho-%			b) Leukozytenformel mit rel. Lymphozytose in %								Verschiebung
Mon.	Bas.	Eos.	Seg.	Stab.	J.	Ly.	Gr. Ly.	Mon.	Bas.	Eos.	
9	0	6									
4	0	2									
			51	4	0	30	8	4	0	3	
			58	5	0	30	5	1	1	0	
0	0	1									
9	9	3									
			46	7	0	32	6	5	2	2	
2	0	0									
			34	3	0	52	10	1	0	0	
			21	20	0	38	11	7	3	0	
			40	5	0	40	10	4	0	1	
2	0	1									
5	0	9									
			49	4	0	37	5	3	1	1	
			38	5	0	40	10	6	1	0	L
			43	3	0	44	3	6	0	1	
6	5	0									
			14	28	0	39	18	7	1	3	
5	0	6									
			47	9	0	34	5	3	0	2	
2	0	5									
			43	5	0	37	9	5	0	1	
			52	4	0	32	7	2	2	1	
			52	6	0	32	3	5	2	0	
			43	4	1	44	3	3	0	2	
			52	4	0	30	5	5	3	1	
			39	16	1	19	19	5	1	0	
			35	4	0	43	11	5	1	1	
			34	3	0	42	5	6	0	10	
10	1	1									
			46	6	0	41	2	3	0	2	
3	0	3									
			49	2	0	37	4	5	1	2	
			50	1	0	44	2	2	0	1	
			53	3	0	33	6	6	1	0	
			49	3	0	42	3	1	0	1	
4	0	0									
			48	2	0	41	4	2	2	1	
1	0	1									
			49	1	0	43	4	2	0	1	
			38	0	0	49	2	5	0	6	R
			45	1	0	41	6	4	0	3	
			53	3	0	38	2	0	0	4	
2	0	0									
			48	2	0	44	3	3	0	0	
4	1	2									
1	0	2									
			58	1	0	34	5	1	0	1	
			40	2	0	37	7	6	1	7	
1	0	1									

Digitized by Google

wieder eine gewisse Angleichung an das Normalblutbild eintritt, diesmal aber mit Absinken der Stabkernigen unter die Norm (»Rechtsverschiebung« nach *Arneth*), einem Zeichen dafür, daß der Kampf des Organismus gegen die vorhandene Noxe eingestellt, seine Abwehrtätigkeit erloschen ist. Es ist also die Bestimmung der Stabkernigen die für unsere Frage grundlegende Bestimmung. Ich finde ihr aber in der greifbaren Literatur keineswegs genügend Beachtung geschenkt. Die Autoren zählen vielmehr diese Zellen ganz ungesondert unter die segmentierten Neutrophilen. Nur zwei Ausnahmen sind m. W. vorhanden: *Ostmann* führt im Rahmen eines über 1000 Fälle umfassenden Untersuchungsmaterials die Stabkernigenzahlen von zehn Patienten an, findet hier allerdings in der Tat bei vier verblödeten Kranken die präjudizierte Rechtsverschiebung, bei einem unruhigen und zwei dekrepiden Schizophrenen die vermutete leichte Linksverschiebung und ebenfalls eine solche bei drei Imbezillen mit Pfropfhebephrenie. Und dann werde ich noch bei Abfassung dieser Zeilen auf den in der letzten Jahresvers. des D. Ver. f. Psych. gehaltenen Vortrag *Carrières* aufmerksam gemacht, laut welchem die zuerst von *Sagel* bei Schizophrenen gesehene Linksverschiebung bestätigt wird; das Blutbild entspräche dem Typus einer wenig virulenten, fieberlos verlaufenden Infektion: frische Fälle böten neutro-eosinophile Kampfphase, Dauerfälle lymphozytäre Heilphase, remittierende Fälle ein mehr normales Blutbild[16]. Weitere Angaben finde ich nirgends.

Ich halte es daher für angebracht, im folgenden über meine Untersuchungen an 50 weiblichen Kranken der hiesigen Landesanstalt zu berichten. Und zwar wurden durchweg nur ganz chronische Fälle herangezogen. Mit Absicht! denn es sollten ja nicht etwaige den verschiedenen temporären Zustandsformen der Schizophrenie zukommende Blutbildänderungen bestimmt werden*). Es sollten vielmehr im wesentlichen gleichbleibende und im Rahmen der jeweiligen schizophrenen Untersuchungsgruppen gleichartige Fälle angeführt werden, um unter möglichster Vermeidung transitorischer Zustandsschwankungen und größerer Differenzen im Krankheitsstadium gleichwertige und vergleichbare Bilder zu gewinnen und dann an diesem konstanten Material die Frage der Infektiosität oder Nichtinfektiosität zu entscheiden. Offenkundig war also hierzu am besten geeignet jenes wenig veränderliche Stadium, wo der Organismus im großen und ganzen die fiktive Noxe zwar paralysiert, nicht aber überwindet. Und zwar wäre hier gemäß dem oben Erörterten zu erwarten: mäßige

*) Ich muß es mir demgemäß auch — vorläufig — versagen, auf diese hochinteressanten u. bes. therapeutisch bedeutsamen »Bewegungen im leukozytären Blutbild« näher einzugehen, wie sie vor allem *v. Leupoldt* u. *Sagel* (46) festgestellt haben.

Digitized by Google

Linksverschiebung, Lymphozytose, keine wesentliche Vermehrung der Eosinophilen. Es wurde darauf geachtet, daß die Untersuchten klinisch keinerlei sonstige Krankheitszeichen darboten, daß sie sich seit längerem ruhig verhalten hatten, sich bei der Blutentnahme nicht im geringsten ängstigten oder erregten und zu einer Zeit zur Untersuchung kamen, die möglichst mitten zwischen zwei Essenszeiten lag. Alle Patienten waren psychisch relativ stark alteriert; zugängliche, z. T. sich beschäftigende (auch paranoide) Kranke wurden unter Nr. I, ganz ablehnende und stumpfe unter Nr. II, reizbare und zeitweise erregte unter Nr. III, läppisch-hebephrene unter Nr. IV registriert. In der Leukozytenformel wurden die prozentualen Zellwerte ganzzahlig abgerundet, so daß z. B. *0* Eosinophile gleich *0,x* — nicht gleich Fehlen derselben ist. Die so erhaltenen Befunde zeigt vorstehende Tabelle I.

Ein Blick genügt, um zu erhärten, in welchem Umfange hier unsere gemachten Voraussetzungen realisiert sind. Deutlich zeigt der größere Teil »L« unserer Kranken (62%) die erwartete mäßige Linksverschiebung; wenn dieselbe nämlich sechmal etwas erheblicheren Umfang annahm, so hat das noch besondere Gründe: Fall 10 und 18 machen einen psychisch noch relativ frischen Eindruck, Fall 17 war momentan deutlich freier geworden, wie auch Fall 1 vorübergehend aus tiefer katatoner Abgeschlossenheit heraustrat, Fall 19 und 30 standen in den Anfangsstadien einer erregten Periode. Neben dieser Linksverschiebung trat nun auch in hohem Prozentsatz (Gruppe b, 64%) die präjudizierte Lymphozytose in die Erscheinung (ich spreche von einer Lymphozytose, wenn die Prozentzahl der Lymphozyten 35 oder mehr beträgt, da der früher angenommene Normalwert von 25% sicher zu niedrig liegt, andererseits aber auch nicht mehr mit solchen Steigerungen der Lymphozytenzahlen zu rechnen ist, wie wir sie in und nach dem Kriege bei dem Gros der gesunden Bevölkerung vorfanden[17]). Auffallender und in gegenüber den Angaben älterer Autoren abweichender Weise dauert diese immer eine gewisse Abwehrenergie des Organismus demonstrierende Lymphozytose allerdings auch bei 12 von den 19 Fällen mit Rechtsverschiebung (Gruppe R) an, obschon es sich augenscheinlich um alte abgelaufene Fälle handelt. Ich möchte bei aller kritischen Reserve der Vermutung Raum geben, daß wir hier vielleicht einen biologischen Test dafür vor uns haben, wie sehr die auch an unserer Anstalt rührig gepflegte »Arbeitstherapie« nicht bloß oberflächlich unsere Kranken vor dem Versimpeln und Versacken bewahrt, sondern wie sie tiefergreift — in vitalere Sphären — in die lebendige Dynamik des organischen Geschehens. Nicht vorhanden war die Lymphozytose nur in den letzten Ausgangsstadien der Gruppe R

Digitized by Google

Tabelle II

Verschiebung	Fall Nr.	Diag.	a) keine Lymphozytose								b) Lymphozytose							
			Senkung in Min.				Costa	Guttadiaphot			Senkung in Min.				Costa	Guttadiaphot		
			I	II	III	IV		I	II	III	I	II	III	IV		I	II	III
	1	III		214			o	b+c	c	c+d								
	2	III	19				häm.											
	3	III									99				+			
	4	I									110				o			
	5	IV	122				o	b	c	c+d								
	6	I		230			+	a+c	c	c+d								
	7	II										253			+			
	8	IV		168			+	(b)	c	c+d								
	9	I									67				+			
	10	II											460		+			
	11	II									157				o			
	12	I	54				+											
	13	III	60				häm.											
	14	III									75				+	(a)+(b)	a	d
	15	III										294			+			
L	16	IV									106				+			
	17	II	121				+											
	18	IV									75				+			
	19	IV	40				+											
	20	II										285			+			
	21	I		195			häm.											

Digitized by Google

	22	III									22				+			
	23	II									73				o	a+b+c	a+c	c+d
	24	I									147				+			
	25	III									51				+			
	26	II									143				+			
	27	II									70				o			
	28	I										170			+			
	29	I									151				o			
	30	III	84				o	a+b+c	c	c+d								
	31	II									43				+			
	32	II		270			+											
	33	IV										162			+			
	34	II									79				+	b	—	—
	35	IV									105				+	b+c	c	c+d
	36	IV									110				+			
	37	II	100				+											
	38	II											336		+			
	39	III	86				o											
	40	II										164			häm.	a+b	c	b+d
R	41	II									75				+			
	42	II									107				+			
	43	III									90				+			
	44	II	102				häm.	a+b	c	—								
	45	II									66				+	a+b+c	c	c+d
	46	II	72				o											
	47	I	118				+	b+c	c	c								
	48	I									80				o			
	49	IV									132				+	b+c	c	c+d
	50	II	155				+											

Digitized by Google

und bei wenigen akuteren Zufällen (Exazerbieren, Freierwerden) der Gruppe L. Hier wie dort aber zeigte sich schließlich noch, daß entsprechend der prognostisch wenig günstigen Auswahl meiner Fälle Eosinopenie mehr als Eosinophilie hervortrat; auch bei den Kranken mit höheren Eosinophilenzahlen lagen übrigens klinische Anzeichen eines voraussichtlichen Umschwunges nicht vor. Es erübrigt sich also, zum Schluß noch darauf hinzuweisen, wie hier manche Angaben anderer Autoren erneut bestätigt werden; wie z. B. ein Teil der Kranken erhöhte Leukozytenwerte zeigt; wie die Erythrozytenzahlen manchmal doch recht hoch liegen, ohne daß die Untersuchung im dicken Tropfen eine Veränderung der Erythropoëse anzeigt, so daß hier wohl die Andeutung einer kapillären Erythrostase vorliegt, die sicher nach *Schultz* noch mehr hervorgetreten wäre, wenn ich Ohrläppchenstatt Fingerbeerenblut untersucht hätte.

Wenn nun schon auf Grund derartiger Befunde bei unseren Kranken die Vermutung irgendwelcher infektiöser Momente nicht von der Hand zu weisen ist, so müßte sich doch die Stichhaltigkeit einer solchen Annahme auch noch weiterhin erweisen lassen. So etwa durch Bestimmung der mehr komplex-biologischen Blutreaktionen mittels der Erythrozytensenkungsprobe oder des noch ungleich empfindlicheren Guttadiaphotverfahrens.

In der Literatur finde ich freilich nichts über Untersuchungen letzterer Art bei Schizophrenen. Auch führten die häufiger vorgenommenen Sedimentierungsfeststellungen keineswegs zu eindeutigen Ergebnissen: *Plaut*[18] fand, bei damals allerdings noch ganz unzureichender Technik, die Sedimentierungsgeschwindigkeit der Schizophrenen wesentlich geringer als die der Paralytiker; *Runge*[19] stellte sie als gegenüber der Norm mäßig gesteigert fest; eine solche Beschleunigung wurde dann noch vielfach konstatiert: besonders bei Katatonikern (*Katz* und *Leffkowitz*[20], *Siwinski*[21], *Benevuti*[22], *Müller*[23], *Jacobowski*[24], *D'Abundo*[25]) außer im Beginn der Erkrankung (*Benevuti, Jacobowski, D'Abundo*) und bei merklicheren Remissionen (*Jacobowski*); andere Autoren fanden dagegen überhaupt keine Abweichung von der Norm (*Götz*[26], *Wuth*[27]).

Ich hielt es daher für erforderlich, bei meinen Kranken auch diese Bestimmungen vorzunehmen und glaubte dabei zu triftigeren Schlüssen gelangen zu können. Erstlich war nämlich entsprechend der Auswahl meiner Kranken des Untersuchungsmaterial sehr viel gleichmäßiger als das der meisten übrigen Autoren, die oft wahllos Fälle ganz verschiedener Art, Dauer und Schwere zusammenstellten, was um so bedenklicher ist, als selbst so wohl determinierte Affektionen wie etwa die Tuberkulose je nach Grad, Ausdehnung und Verlauf ganz verschiedenartige Senkungswerte

Digitized by Google

darbieten. Außerdem untersuchte ich nur ausgesprochen schwere Fälle, bei denen also sicher etwaige Änderungen in der Senkungsgeschwindigkeit zutage treten mußten, auch wenn bei frischeren Erkrankungen diese weniger feine Reaktion noch negativ ausfällt, obschon das Blutbild bereits längst pathologischen Charakter besitzt. Angewandt wurde das einfache, aber exakte Verfahren nach *Linzenmeier;* und zwar nenne ich, da in der Literatur die differentesten Normalwerte angegeben werden, auf Grund von Kontrollversuchen an gesunden Personen beschleunigte Senkung bei weiblichen Individuen eine solche, bei der die Erythrozytenschicht in höchstens 160 Minuten bis zur Marke 18 absinkt (Stab I), rasche Normalsenkung eine solche, bei der 160—300 Minuten verstreichen (Stab II), langsame Normalsenkung die, bei der 300—600 Minuten erforderlich sind (Stab III), verlangsamte Senkung die, welche darüber hinaus andauert (Stab IV). Zur Sicherung und weiteren Ergänzung der erzielten Befunde wurde dann gleichzeitig die der Senkungsreaktion in gewissem Umfang entsprechende, auf die Albumin-Globulinverhältnisse des Blutplasmas sich beziehende Costa-Reaktion ausgeführt. Und schließlich verwandte ich noch in 15 Fällen das diffizilere Guttadiaphotverfahren, wobei die Beschreibung nach *Schilling*s Terminologie erfolgte und die Befunde am roten Streifen in Stab I, am grünen in II, am blauen in III verzeichnet wurden. Die gefundenen Werte zeigt vorstehende Tabelle II.

Wieder sind auch die hier niedergelegten Befunde recht instruktiv. Soweit die Kranken mit dem hochempfindlichen Guttadiaphot untersucht wurden, fanden sich überall pathologische Veränderungen. Die gröbere Costa-Reaktion fiel ebenfalls nur in 24% der Fälle negativ aus, in 66% war sie positiv, während die restlichen 10% wegen trotz sorgfältiger Technik eintretender Hämolyse nicht zu bestimmen waren (für diese Hämolyse sind wahrscheinlich Erythrozytenresistenzstörungen verantwortlich, über die bereits eine größere Literatur vorliegt und deren Zusammenhänge gegenwärtig an unserer Anstalt erneut untersucht und andernorts mitgeteilt werden sollen). Ähnlich der *Costa*schen verhielt sich die Blutsenkungsreaktion; sie zeigte in 74% der Fälle eine teilweise ganz erhebliche Beschleunigung; ja, würden wir mit *Schilling* das, was ich als rasche Normalsenkung bezeichne, noch als Beschleunigung rechnen, so bestände eine solche sogar in 96 v. H. meiner Kranken; subnormale Werte dagegen fanden sich nie. Auch bestanden keine näheren Beziehungen der Senkungsgeschwindigkeit zur Krankheitsform oder zum sonstigen Blutbild, pathologische und nichtpathologische Werte fanden sich bei jeder der vier Formen, bei Kranken mit und ohne Linksverschiebung im weißen

Digitized by Google

Blut, obschon vielleicht bei den infausten Fällen mit Rechtsverschiebung anscheinend besonders zahlreiche Beschleunigungen zu verzeichnen waren. Daß aber auch in den Fällen, die scheinbar normale Werte zeigen, die biologische Beschaffenheit des Blutes keineswegs absolut der Norm entspricht, beweist schon die Tatsache, daß auch hier die *Costa*-Reaktion häufig positiv ausfiel. Es besteht nämlich, wie schon *Michalowsky* u. *Hartmann*[28] fanden, durchaus kein völliger Parallelismus zwischen den beiden Reaktionen, eine Tatsache, die nicht weiter verwunderlich ist, da die *Costa*-Reaktion als rein serologisches Phänomen gilt, während bei der Blutsenkung gewiß auch erythrozytäre Verhältnisse entscheidend mitsprechen[29]. Dies und daß auch eine unter den gewöhnlichen Verhältnissen normal erscheinende Senkung dennoch pathologisch sein kann, wurde unter anderem sichergestellt durch feinere Variationen der Senkungsmethodik. *Loewenberg*[30] stellte nämlich fest, daß Schizophrene, auch wenn deren Blut bei der üblichen Zimmertemperatur normale Senkungsgrößen zeigt, oft bei anderer Temperatur gegenüber dem Normalen wesentliche Beschleunigungen aufweisen, und zwar zum größeren Teil bei erhöhter (Brutschrank) zum kleineren bei erniedrigter Temperatur (Eisschrank). Dann beobachtete der gleiche Autor[31] und ebenfalls *Glaus* und *Zutz*[32], daß die Abnormität des scheinbar normal sedimentierenden Blutes dieser Kranken oft überraschend in die Erscheinung tritt, wenn man entweder die Erythrozyten der Kranken im Plasma eines Nichtschizophrenen sedimentieren läßt oder umgekehrt, ja, daß sogar bestimmte gesetzmäßige Beziehungen obwalten zwischen den hier zu beobachtenden Senkungsverhältnissen und dem jeweiligen Zustandsbild der betreffenden Patienten. Wir können also behaupten, daß in den ausgesprochen schweren Fällen von Schizophrenie die physikalisch-chemische Beschaffenheit des Blutes nicht minder abnorm ist als etwa bei chronisch entzündlichen Erkrankungen.

Nun führt man jedoch meist die bei kontagiösen Affektionen zu beobachtende Beschleunigung der Senkungsgeschwindigkeit mit *Hoeber*[33] zurück auf eine Vermehrung der Globulinfraktion im Plasma gegenüber dem Serumalbumin; und zwar denkt man sich mit *Herzfeld* und *Klinger* die Globulinvermehrung entstanden durch den pathologischen Zellverfall am Krankheitsherd. Es besteht also ein gesteigerter protoplasmatischer, damit aber ebenfalls ein gesteigerter Nuklein-Abbau. Man müßte also auch eine — wie wenig immer — gesteigerte endogene Purinkörperausscheidung im Urin erwarten. Um nun bei schizophrenen Kranken das Vorhandensein einer solchen festzustellen, habe ich 15 meiner Patienten bei Bettruhe unter eiweißarme und purinfreie Suppendiät gesetzt und nach zwei Vortagen den Reststickstoff nach

Digitized by Google

Kjeldahl und die Harnsäureausscheidung bestimmt und die Ergebnisse dieses Versuchs angezeichnet in:

Tabelle III

Fall Nr.	Größe cm	Körpergewicht kg	Diff. gegen Broca	N-Aufnahme g	N-Aufnahme p. kg g	N-Abgabe g	N-Abgabe p. kg g	Purin-Aufn. g	Purin-Aufn. p. kg g	Harnsre. Abg g	Harnsre. Abg p. kg g
4	153	52	+ 2	12,5	0,24	5,58	0,11	0	0	0,39	0,008
5	158	53,5	— 1,5	7,2	0,13	6,8	0,13	0	0	0,38	0,007
7	152	74	+25	7,2	0,1	5,1	0,07	0	0	0,31	0,004
12	155	52	0	4,6	0,09	5,42	0,1	0	0	0,42	0,008
15	152	52,2	+ 3,2	3,36	0,06	6,23	0,12	0	0	0,62	0,012
24	159	53,5	— 2,5	2,5	0,05	7,18	0,13	0	0	0,69	0,013
27	168	54,2	—10,8	2,84	0,05	5,88	0,11	0	0	0,7	0,013
29	155	54	+ 2	2,5	0,05	7,62	0,14	0	0	0,58	0,011
30	168	59	— 6	4,2	0,07	5,27	0,09	0	0	0,34	0,006
32	156	45	— 8	4,2	0,09	5,97	0,13	0	0	0,21	0,005
34	156	45	— 8	4,2	0,09	4,75	0,11	0	0	0,36	0,008
35	156	55	+ 2	4,2	0,08	5,93	0,1	0	0	0,38	0,007
43	163	60	0	7,2	0,12	6,67	0,11	0	0	0,33	0,006
46	152	44,5	— 4,5	4,2	0,09	3,51	0,08	0	0	0,29	0,007
49	154	59	+ 8	7,2	0,12	6,1	0,1	0	0	0,32	0,005

Am auffälligsten ist in dieser Tabelle die gegen die Norm ganz außerordentlich herabgesetzte Stickstoffausscheidung; dieselbe ist bei der Mehrzahl der Kranken pro Kilogramm Körpergewicht recht gleichartig, so daß wir sie wohl als einen bedeutsamen Indikator für den eminent torpiden N-Stoffwechsel unserer Schizophrenen zu betrachten haben. Wenn aber zwei der angeführten Fälle erheblich aus dem Rahmen der übrigen Werte fallen, so ist dies bei Nr. 7 nicht weiter verwunderlich; es handelt sich hier um eine beträchtlich fettleibige Kranke, bei der wir etwa ein Drittel ihres Körpergewichtes auf das stark hydrophile Fettgewebe rechnen müssen, so daß also die N-Abgabe der eigentlichen Körpersubstanz doch den übrigen Fällen weitgehend sich angleicht. Fall 46 dagegen betrifft eine ganz hochgradig gehemmte, kaum eine Bewegung ausführende, mutistische Katatonika mit flexibilitas cerea, bei der anscheinend auch stoffwechselphysiologisch eine Art »vita minima« vorliegt. Im Ganzen aber ist für unsere gegenwärtige Fragestellung dieser N-Stoffwechsel nur von relativer Bedeutung, nämlich im Vergleich zum Purinstoffwechsel. Und hier ist nun augenfällig, daß dieser zu jenem in einem ganz ungewöhnlichen Mißverhältnis steht. Die Harnsäureausscheidung ist nicht nur nicht in analogem Ausmaß herabgesetzt, sie ist im Gegenteil recht hoch, oft über die Norm hoch. Und zwar schwanken sowohl die absoluten Werte

Digitized by Google

Tabelle

Fall Nr.	Diagn.	Leuk. 1=1000	Erythr. Mill.	Hbg.	Färb.-index	Dick.-Tr.	a) Leukozytenformel ohne zytose in				
							Seg.	Stab.	J.	Ly.	Gr. Ly.
1	III	10,4	5,5	85	0,77	o. B.					
2	I	10,1	4,35	70	0,8	o. B.	53	13	0	15	12
3	II	8,8	4,6	68	0,74	o. B.					
4	II	8,6	5,1	100	0,98	o. B.					
5	II	8,4	5,24	88	0,85	o. B.					
6	III	8,2	4,68	85	0,9	o. B.	35	29	0	19	7
7	I	8,0	4,65	75	0,8	P(+)	41	23	0	9	5
8	II	8,0	4,77	85	0,89	o. B.	39	21	0	26	7
9	II	7,6	4,99	75	0,75	o. B.					
10	III	7,5	4,6	90	0,98	o. B.					
11	II	7,5	4,73	82	0,86	o. B.					
12	I	7,3	5,02	83	0,8	o. B.					
13	I	7,2	5,05	84	0,83	o. B.	54	4	0	32	2
14	II	7,2	4,88	95	0,97	o. B.	55	5	0	31	3
15	II	6,9	4,55	76	0,83	o. B.					
16	III	6,8	4,69	75	0,8	o. B.	76	5	0	13	2
17	I	6,6	4,81	95	0,99	o. B.					
18	III	6,3	4,35	80	0,92	o. B.					
19	II	6,3	5,07	80	0,8	P(+)					
20	II	6,3	4,22	83	0,9	o. B.	56	5	0	29	4
21	II	6,1	4,52	75	0,8	o. B.	69	5	0	22	1
22	I	6,0	4,96	70	0,7	P(+)					
23	III	6,0	4,9	95	0,97	o. B.					
24	II	5,9	4,76	80	0,84	o. B.	58	11	0	19	5
25	II	5,5	5,01	98	0,98	o. B.					
26	II	5,4	4,48	75	0,83	o. B.					
27	I	5,4	4,98	80	0,8	o. B.					
28	I	5,4	4,29	85	0,99	o. B.					
29	III	5,3	5,07	85	0,84	o. B.					
30	II	5,3	4,51	80	0,87	o. B.					
31	III	4,6	4,73	90	0,95	o. B.	58	6	1	28	5
32	II	4,4	5,17	100	0,97	P(+)					
33	II	3,7	4,81	80	0,83	o. B.	55	14	0	15	9
34	III	11,5	4,24	75	0,88	o. B.					
35	II	9,8	4,53	76	0,83	o. B.					
36	II	9,0	4,98	92	0,92	o. B.	60	2	0	25	6
37	III	8,6	4,43	80	0,9	o. B.					
38	II	7,4	4,58	82	0,89	o. B.					
39	II	7,1	4,4	78	0,89	o. B.					
40	II	6,9	4,18	65	0,77	o. B.					
41	II	6,9	4,66	78	0,84	o. B.					
42	II	6,6	4,3	78	0,9	o. B.					
43	II	6,4	4,98	96	0,96	o. B.	75	1	0	21	1
44	II	6,2	4,94	85	0,86	o. B.	66	4	0	22	1
45	II	5,5	4,75	85	0,89	o. B.					
46	II	5,1	4,88	87	0,89	o. B.	66	1	0	26	2
47	II	4,8	4,71	82	0,87	o. B.					
48	II	4,3	4,45	85	0,87	o. B.					
49	II	4,0	5,15	88	0,85	o. B.	67	1	0	21	6
50	II	3,6	5,13	100	0,98	o. B.	52	3	1	30	2

Digitized by Google

IV

rel. Lympho- %			b) Leukozytenformel mit rel. Lymphozytose in %								Verschiebung
Mon.	Bas.	Eos.	Seg.	Stab.	J.	Ly.	Gr. Ly.	Mon.	Bas.	Eos.	
			54	4	0	40	3	3	0	0	
4	3	0									
			43	10	0	25	11	3	2	0	
			41	3	0	38	10	6	1	1	
			44	10	0	12	23	7	2	2	
5	5	0									
6	4	1									
6	1	0									
			46	3	0	40	2	6	2	1	
			41	3	0	48	4	2	1	1	
			45	4	0	40	6	2	0	3	
			37	21	0	36	4	2	0	0	
4	2	2									
3	1	2									
			33	15	0	30	5	3	2	12	
2	0	2									
			45	6	1	38	2	7	0	1	L
			46	4	0	38	4	8	6	0	
			37	14	0	15	24	8	0	2	
5	0	1									
1	0	2									
			34	10	0	45	2	8	0	1	
			47	3	0	43	5	1	0	1	
5	2	0									
			46	6	2	35	1	1	1	1	
			41	7	1	38	6	5	1	1	
			30	14	0	35	8	9	1	2	
			35	22	0	26	11	4	1	1	
			36	18	0	28	9	8	1	0	
			40	20	0	33	2	3	1	1	
0	1	1									
			23	26	0	40	7	4	0	0	
6	0	1									
			37	2	0	34	12	5	1	11	
			57	2	0	34	4	1	0	2	
4	0	3									
			54	1	0	34	6	3	1	1	
			56	3	1	36	3	1	0	0	
			54	3	0	32	6	2	1	2	
			56	2	0	29	8	4	0	1	
			45	1	0	46	3	4	0	1	
			53	3	0	35	3	2	0	4	R
1	0	1									
5	1	1									
			42	1	0	42	8	2	1	4	
2	1	2									
			56	2	0	31	4	2	0	5	
			50	3	0	39	3	1	2	2	
3	0	2									
2	2	5									

Digitized by Google

erheblich und ohne daß dafür eine Regel aufzustellen wäre, als auch differieren die auf das Kilogramm Körpergewicht umgerechneten Werte nicht minder beträchtlich und regellos. Man kann sich also sehr wohl vorstellen, daß es sich hier um Nukleinstoffe handelt, die aus einem erhöhten Zellverfall entzündlicher Herde stammen.

Und so schließt sich denn der Kreis unserer Betrachtung: Blutbild, serologische Verhältnisse des Blutes und Purinstoffwechsel unserer Schizophrenen lassen an sich die Möglichkeit einer der Krankheit zugrunde liegenden chronischen Infektion durchaus diskutabel erscheinen.

Es wäre also eine Abkehr vollzogen vor allem von jenen andersartigen theoretischen Erklärungsversuchen des schizophrenen Geschehens, die bis zuletzt lebhaft erörtert wurden, den endokrinologischen. Keineswegs aber ist die Mehrzahl der obengenannten Autoren diesen Weg nun auch wirklich gegangen. Im Gegenteil, längst vor der gegenwärtigen endokrinologischen Ära haben sie immer wieder ihre Aufmerksamkeit dem Problem der Inkretorgane zugewendet. *Schultz* z. B. dachte bei seiner Erythrostase vor allem an endokrine Ursachen infolge genitaler Störungen; *Krueger* vermutete polyglanduläre Veränderungen in Thyreoidea, Genitale, Hypophyse, Thymus, Zirbel und vielleicht auch in den Nebennieren; *Itten* wies ähnlich auf mögliche Dysfunktion von Genitaldrüsen, Schilddrüse, Hirnanhang und Adrenalsystem hin.

Es scheint also zu einer klaren Stellungnahme erforderlich, Untersuchungen wie die vorliegenden vergleichsweise auch auf sonstige Psychosen auszudehnen, bei denen man wohl endokrine, nicht aber infektiöse Momente ins Auge zu fassen, sich bisher veranlaßt gesehen hat. Keine Krankheitsform würde hier aber so sehr in Frage kommen wie die Epilepsie. Nicht nur ist sie ein ebenso ausgesprochen chronisches Leiden wie die Schizophrenie, es gibt da auch sonst noch gewisse Gemeinsamkeiten: Gar nicht so selten beobachten wir z. B. schizophrene Züge bei unsern Epileptikern, beobachten wir epileptiforme Anfälle bei unseren Schizophrenen. Bei beiden sehen wir die gleichen Körperformen, den asthenischen Habitus einerseits, den fettdysplastischen andererseits. Auch stoffwechselphysiologisch finden sich manche Ähnlichkeiten. Da sind die eigentümlichen Verhältnisse des Blutzuckers, über die eine ganze Literatur existiert; da sind seltene, aber charakteristische azetonämische Erscheinungen, über die ich an anderem

Digitized by Google

Orte Mitteilung machen konnte[34], usf. Wenden wir uns also zunächst dem Blutbild des Epileptikers zu!

Auch darüber liegen in der Literatur Untersuchungen bereits in größerer Zahl vor, die sich allerdings in der Hauptsache lediglich auf die mit den Anfällen in Zusammenhang stehenden hämatologischen Variationen erstrecken. In anfallsfreien Zeiten konstatierte man im wesentlichen: Normale Erythrozytenzahlen (*Schultz*), im allgemeinen normale Gesamtleukozytenzahlen (*Gorrieri*[35], Rutheford *Macfhait*[36], *Zimmermann*), teilweise auch leicht erhöhte oder herabgesetzte Werte (*Patterson* u. *Weingrow*[37]). Man fand vielfach normale Leukozytenformel (*Campioni*[38], *Müller*[39], *Gorrieri*), aber auch relative Lymphozytose (*Itten*, *Patterson* u. *Weingrow*, *Zimmermann*), zumal bei schweren Fällen (*Schultz*) und bei thyreoidal oder hypophysär stigmatisierten Kranken (*Patterson*). Im ganzen bestanden also ziemlich differente, aber keineswegs so stark und regelmäßig von der Norm abweichende Befunde wie bei der Schizophrenie. Erst mit Bezug auf den Anfall und — nach *Itten* — auch seine Äquivalente treten angeblich größere Änderungen ein: Die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen steigt häufig (*Zimmermann*, *Itten*, *Gorrieri*, *Krumbmiller*[40], *Bruce*), aber nicht immer (*Rhode*). Und zwar handelt es sich entweder meist um eine dem Anfall oft längere Zeit bereits vorauseilende Lymphozytose mit Eosinopenie (*Zimmermann*, *Schultz*, *Müller*, *Itten*), bisweilen allerdings auch mit Eosinophilie (*Gorrieri*), oder aber seltener auch um Neutrophilie mit Eosinopenie (*Wuth*[41]). Einige Zeit nach dem Anfall finden sich wieder normale Zahlen und normale Leukozytenformel außer etwa einer vorübergehenden leichten Eosinophilie (*Zimmermann*). Wir haben also nach der Literatur keineswegs so infektiös anmutende Verhältnisse vor uns wie bei der Schizophrenie.

Ich komme bei meinen Kranken jedoch zu etwas anderen Resultaten als die Mehrzahl der vorgenannten Autoren, wie es sich deutlich in der vorstehenden Tabelle IV zeigt.

Schon auf den ersten Blick erkennt man eine geradezu frappante Ähnlichkeit mit Tabelle I. Wieder zeigen die Kranken, die ich wie die Schizophrenen in drei analoge Gruppen geteilt habe — I noch relativ geordnete, oft sich beschäftigende, II ganz stumpfe, steife und unbeholfene, III reizbare und häufig erregte, auch wohl gewalttätige Pat. — in ungefähr $^2/_3$ der Fälle (66%) Linksverschiebung, meist mäßiger Art, achtmal erheblicher (Fall 6, 7, 8, 12, 28, 29, 30 u. 32). Wieder neigt ein kleinerer Teil mehr oder minder stark verblödeter Kranker, fast ausschließlich Gruppe II, zu der entgegengesetzten Rechtsverschiebung. Wieder findet sich mehr Eosinopenie als pro-

Digitized by Google

Tabelle V

Verschiebung	Fall Nr.	Diag.	a) keine Lymphozytose								b) Lymphozytose							
			Senkung in Min.				Costa	Guttadiaphot			Senkung in Min.				Costa	Guttadiaphot		
			I	II	III	IV		I	II	III	I	II	III	IV		I	II	III
	1	III											380		häm.	a+b+(e)	a+(e)	d
	2	I	145				häm.											
	3	II									51				+	a+c'	a+c	c+d
	4	II									82				o			
	5	II									74				+			
	6	III	117				+											
	7	I	44				+											
	8	II		195			+	b	(b)	—								
	9	II											468		+	a+b	c	c+d
	10	III										250			+			
	11	II									44				o	b+(e)	b+(e)	d
	12	I									153				+			
	13	I			369		o											
	14	II	96				häm.											
	15	II									105				o			
	16	III	159				häm.											
L	17	I									125				+			
	18	III										202			+			
	19	II										171			+			
	20	II		166			+											
	21	II		194			+											

Digitized by Google

	22	I									146				o			
	23	III									136				+			
	24	II	146				+	a+b	(a)	d								
	25	II									38				+	b+c	a+c	c+d
	26	II									61				+			
	27	I										195			+	b+c	b+(e)	d
	28	I										206			+	b+c	c	c+d
	29	III									122				+			
	30	II										181			o			
	31	III			308		+											
	32	II										201			+			
	33	II	27				+	a+b+c	c	c+d								
	34	III									65				o			
	35	III									79				häm.			
	36	II	37				+	b	b	d								
	37	II									91				o	(b)	—	d
	38	II									75				+	a+c	a+c	c+d
	39	II									126				+			
	40	II									48				+			
R	41	II									65				+	b	—	d
	42	II									107				+			
	43	II		223			+											
	44	II		161			+											
	45	II									101				o			
	46	II	145				+											
	47	II									13				+			
	48	II									147				+			
	49	II	42				o											
	50	II		241			+											

Digitized by Google

gnostisch in keinem Sinne auswertbare Eosinophilie. Wieder ergeben sich teilweise hohe Erythrozyten- vereinzelt auch gesteigerte Gesamtleukozytenwerte. Wieder tritt vor allem in 64% der Fälle eine relative Lymphozytose zutage. Man fragt sich erstaunt, wie denn eigentlich den früheren Untersuchern diese geradezu spiegelbildlich treue Ähnlichkeit des schizophrenen und des epileptischen Blutbildes so weit entgehen konnte, daß außer jenen wenigen Forschern, die wenigstens das Vorhandensein einer relativen Lymphozytose konstatierten, man normale Verhältnisse behaupten konnte. Und trotzdem dürfte dieser Tatbestand nicht ganz unerklärlich sein. Auch bei der Schizophrenie fand man in den leichteren Anfangsstadien mehr oder weniger normale Bilder; es scheint aber so, als ob gerade bei den Epileptikern zahlreiche Blutuntersuchungen an solchen Kranken gemacht worden sind, die wenigstens graduell in den Anfangsstadien ihres Leidens gestanden haben, also mehr der Norm angepaßte Blutbilder erwarten ließen. Außerdem hat man auch hier dem Verhalten der Stabkernigen, deren Vermehrung theoretisch ja gerade bei beginnenden Fällen zu erwarten ist, meist keine genügende Beachtung und Sonderung gegenüber den Segmentkernigen zuteil werden lassen. Und schließlich hat man sich für das epileptische Blutbild, wie betont, fast ausschließlich im Bereich seiner teilweise erheblichen anfallsbedingten Schwankungen interessiert. Meine Untersuchungen dagegen wollten ihrem Zweck gemäß eben nicht solche momentanen hämatologischen Variationen, sondern speziell konstantere Grundwerte erfassen. Es wurden also nur Befunde aus anfallsfreien und auch sonst keine Besonderheiten (Erregungszustände usw.) bietenden guten Zwischenzeiten verwendet. Überdies wurden nur alte, schwere und vor allem auch psychisch stark alterierte Fälle ausgewählt, die man rein äußerlich den untersuchten Schizophrenen einigermaßen parallel setzen konnte. Da sich aber hier jene interessante Kongruenz zu den Schizophrenen im zytologischen Blutbild zeigte, mußte es reizen, auch das biologische Verhalten dieses Blutes näher zu bestimmen: Senkungsgeschwindigkeit, Costa-Reaktion und z. T. auch das Guttadiaphot zu prüfen.

In der Literatur liegen freilich ebenfalls wieder Befunde nur über das erste Verfahren, die Erythrozytensenkung vor — und zwar widersprechende Befunde: eine Reihe von Autoren finden normale Werte (*Sahlgren* u. *Grönberg*[42], *Katz* u. *Leffkowitz*, *Benevuti*), einige subnormale, nur bei Anfällen erhöhte (*Götz*); andere leugnen jeden Einfluß der Anfälle (*Loewenberg*) und finden im ganzen leicht erhöhte Senkungsgeschwindigkeit (*Plaut*, *Runge*, *Loewenberg*, *Henrich*[43]).

Meine Befunde enthält:

Digitized by Google

Auch hier sind die Werte wieder den entsprechenden bei Schizophrenen in Tabelle II recht ähnlich. Beschleunigte, und zwar teilweise erheblich beschleunigte Senkung findet sich in 64% der Fälle, nach *Schillings* Berechnung sogar in 92%; verzögerte Senkung ergab sich nirgends. Daß aber auch die scheinbaren Normalwerte keineswegs absolute biologische Normalität des Blutes garantieren, zeigt einerseits wieder die in 70% positive Costa-Reaktion, die nur in 20% negativ ausfiel, während wie in Tabelle II 5 Fälle hämolysierten; andererseits stellte *Loewenberg* fest, daß auch das bei gewöhnlicher Temperatur normal sedimentierende Epileptikerblut im Brutschrank ausnahmslos eine pathologische Senkungsbeschleunigung aufwies. Es erübrigt sich noch, zu bemerken, daß das Guttadiaphot wie in Tabelle II in jedem Falle deutlich pathologisch war.

Damit bliebe also, um den Vergleich voll zu machen, nur noch der Nukleinstoffwechsel zu prüfen. Die dabei gewonnenen Resultate zeigt:

Tabelle VI

Fall Nr.	Größe cm	Körpergewicht kg	Diff. gegen Broca	N-Aufnahme g	N-Aufnahme p. kg g	N-Abgabe g	N-Abgabe p. kg g	Purin-Aufn. g	Purin-Aufn. p. kg g	Harnsre. Abg. g	Harnsre. Abg. p. kg g
1	168	73	+8	5,04	0,07	6,16	0,08	0	0	0,26	0,004
2	142	59,1	+20,1	2,94	0,05	5,04	0,09	0	0	0,38	0,006
5	155	82,5	+35,5	2,94	0,04	6,02	0,07	0	0	0,36	0,004
9	136	43,3	+10,3	2,94	0,07	4,77	0,11	0	0	0,32	0,007
12	149	60,5	+14,5	1,85	0,03	5,17	0,09	0	0	0,35	0,006
24	157	77,5	+23,5	1,85	0,02	3,39	0,04	0	0	0,31	0,004
2ℰ	159	81,5	+25,5	5,04	0,06	2,98	0,04	0	0	0,22	0,003
32	161	97,5	+39,5	5,04	0,05	5,65	0,06	0	0	0,29	0,003
33	158	60,5	+5,5	1,85	0,03	3,54	0,06	0	0	0,2	0,003
35	157	65,5	+11,5	2,94	0,04	5,96	0,09	0	0	0,3	0,005
36	152	69,1	+20,1	2,94	0,04	3,87	0,06	0	0	0,26	0,004
37	150	58,5	+11,5	5,04	0,08	5,39	0,09	0	0	0,26	0,004
38	158	47	—8	1,85	0,04	2,51	0,05	0	0	0,44	0,009
43	155	74,5	+22,5	5,04	0,07	3,18	0,04	0	0	0,3	0,004
45	156	51	—2	1,85	0,04	6,36	0,12	0	0	0,48	0,009

Wir finden hier ebenfalls den N-Stoffwechsel in ganz erheblichem Grade herabgesetzt, mehr noch als bei den Schizophrenen. Auch die Harnsäureausscheidung ist gegenüber Tabelle III wesentlich erniedrigt, liegt allerdings im Vergleich zum Stickstoffumsatz immer noch recht hoch, in der Hälfte der Fälle an der oberen Grenze der Norm, resp. bereits jenseits dieser Grenze. Wenn demgegenüber die Ausscheidung

Digitized by Google

pro Kilogramm Körpergewicht gering ist, so deshalb, weil wir hier bis auf zwei Fälle, die hohe Harnsäureausscheidung zeigen, einen z. T. abundanten Fettbestand zu verzeichnen haben, dessen stoffwechselphysiologische Aktivität schon im Hinblick auf den damit gegebenen Wassergehalt eine stark herabgesetzte ist. Überdies dürfen wir wohl die eigentliche protoplasmatische Körpersubstanz dieser kleinen, pastösen, meist schläfrig-trägen Individuen noch als u. U. weit unter das Normalgewicht zugunsten des adipösen Gewebes herabgesunken betrachten, so daß, wenn schon gegenüber den Schizophrenen ein weniger lebhafter Purinstoffwechsel bestehen mag, diese Differenz doch zu unbedeutend ist, um lediglich mit Rücksicht auf sie weitgehende Schlußfolgerungen zu ziehen.

Ich komme also auf Grund meiner vergleichenden Untersuchungen an Schizophrenen und Epileptikern zu dem immerhin bemerkenswerten Ergebnis, daß wir weder im Hinblick auf hämatologische noch auf den Nukleinstoffwechsel betreffende Befunde die gerade danach zunächst recht diskutabel erscheinende Hypothese von der infektiösen Genese der Schizophrenie akzeptieren können. Dabei soll billig zugestanden werden, daß wir bei Schizophrenen häufiger chronische Infekte finden als bei Geistesgesunden: ihrem Habitus nach sind viele dieser Kranken zur Tuberkulose disponiert, ihres unzweckmäßigen Verhaltens wegen (Liegen unter der Bettdecke, Nahrungsverweigerung) mögen die normaliter abheilenden Primärherde hier weiter aktiv bleiben; auch der häufigere Befund von Coliinfektionen kann bei diesen oft kotschmierenden Kranken nicht weiter wundern. Aber wir haben hier offenbar Folgeerscheinungen, nicht Ursachen der schizophrenen Psychose vor uns.

Eine nicht unbeträchtliche Reihe von in diesen Untersuchungen niedergelegten Befunden weist dagegen aufs neue wieder in endokrinologische Bahnen. Unwillkürlich drängt sich nämlich bei Betrachtung des enorm herabgesetzten Stickstoffumsatzes der Gedanke einer thyreoidalen Insuffizienz, im Hinblick auf den hohen endogenen Harnsäurewert der Schizophrenen bei diesen auch noch die Vermutung einer hypophysären Störung auf, Anschauungsweisen, zu denen ja bekanntlich auch andere Autoren bereits auf Grund andersartiger Beobachtungen gelangt sind. Die hämatologischen Bestimmungen aber widersprechen einer solchen Auffassung keineswegs. Längst wissen wir, daß Lymphozytose ein charakteri-

Digitized by Google

stisches Symptom endokriner Störungen ist. Wir wissen auch, daß recht häufig eine beschleunigte Erythrozytensenkung in diesen Fällen stattfand; *Obregia* u. *Tomovici*[44] haben das z. B. an nicht weniger als 150 Fällen von Infantilismus erwiesen. Eine gewisse infantile Komponente scheint aber dem Krankheitsbild der Schizophrenie wie der Epilepsie unleugbar anzuhaften. Schon das von mir geschilderte azetonämische Erbrechen dieser Kranken weist auf das Vorliegen infantiler Momente hin. Auch die angeführten Blutbilder tragen deutlich infantile Züge; die in allen Fällen angetroffenen und gesondert gezählten, von den meisten früheren Untersuchern nicht genügend beachteten großen Lymphozyten sind Zellformen, wie sie in solcher Ausprägung und Konstanz eigentlich nur noch im Blutbild des Kindes, insbesondere des Kleinkindes angetroffen werden. Schon *Heilemann* betrachtete übrigens demgemäß zu seinen schizophrenen Blutbildern als ein »physiologisches Analogon ... das Blut des jungen Kindes«. Aber auch Linksverschiebung kommt im Blut endokrin Stigmatisierter vor, und zwar ebenfalls wieder besonders bei infantiler Konstitution: So berichtet z. B. *Arneth* und *Brockmann*[45] über eine solche (neben Lymphozytose und dem Auftreten großer Lymphozyten) bei einem 20jährigen Infantilen; und ähnlich fand ich bei einem Fall von polyglandulärer Insuffizienz mit starkem Hervortreten infantiler Züge und epileptiformen Anfällen ein nach links verschobenes Blutbild (Segm. 37, Stab 12, Ly. 40, gr. Ly. 3, Mono. 5, Baso. 1) und werde über diese Kranke a. a. O. in extenso noch referieren.

Mit alledem soll jedoch nicht etwa gesagt sein, Schizophrenie oder Epilepsie oder gar — wie *Lungwitz* will — Krankheit überhaupt sei Infantilismus. Vielmehr, so gewiß eine dysglanduläre, infantile Konstitution der Boden zu sein scheint, auf dem allein diese Psychosen entstehen können, so wenig sind wir berechtigt, diese Krankheiten einfach als eine Störung im innersekretorischen System zu bezeichnen. Die Erscheinungen bei bloßer Dysfunktion der einen oder anderen Blutdrüse, auch die Erscheinungen der polyglandulären Insuffizienz sind ziemlich gut erforscht. Sie sind nicht einfach die Erscheinungen der hier diskutierten Psychosen. Es muß vielmehr, wenn auch vielleicht keine Infektion, so doch noch irgendetwas, ein weiteres hinzukommen zu dieser Drüsenstörung.

Man kann sich vorstellen, daß dies weitere ein irgendwie alteriertes Cerebum ist, vielleicht spezieller ein alteriertes Paläenzephalon! Allerdings fällt es mir schwer, bei der Schizophrenie erhebliche Hirnveränderungen anzunehmen: nur zu häufig sieht man ja, wie scheinbar ganz verblödete und affektstumpfe Kranke plötzlich, besonders bei schwerer körperlicher Erkrankung, mit den

Digitized by Google

Äußerungen eines intellektuell wie emotionell erstaunlich gut konservierten Seelenlebens überraschen. Überdies sind ja auch speziell für die erörterten Psychosen die Ergebnisse der zumal seit *Virchow* forciert betriebenen anatomisch-histologischen Forschung keineswegs so sehr ermutigend. Immerhin, man kann an eine primäre Hirnalteration denken; denn schließlich werden ja doch die endokrin-vegetativen Organe zentral gesteuert.

Aber man verkette sich nicht allzusehr in derartige Fiktionen! Unsere menschliche Physis ist weder bloß Cerebrum noch bloß Inkretsystem. Auch wenn wir uns der These von der infektiösen Genese der Schizophrenie auf Grund unserer hämatologischen Befunde nicht so ohne weiteres anschließen können, ist es doch keineswegs ausgeschlossen, daß es trotzdem extraneurale somatische Störungen (etwa stoffwechselphysiologischer oder konstitutioneller Art) sind, die für das Zustandekommen sowohl dieser Psychose wie auch vielleicht der Epilepsie entscheidende Bedeutung besitzen. Ratsam wäre es also doch, einmal eingehender, umfassender und systematischer als bisher auch die Physiologie unserer Kranken zu studieren ... ohne sofortigen scheuen Seitenblick zum Hirnanatomen oder Endokrinologen.

Literatur.

1. *H. Krueger,* Über die Zytologie des Blutes bei Dem. pr. (Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 14, 1913. — 2. *R. Zimmermann,* Beitr. zur Kenntnis der Leukozytose b. d. Dem. pr. (ibid. Bd. 22, 1914). Beitr. zur Kenntnis d. epil. Blutbildes (ibid. Bd. 28, 1915). Über eosinophile Leukozytose u. Leukopenie b. Geistskr. (ibid Bd. 34, 1916). — 3. *Heilemann,* Blutunters. b. Dem. pr. (Allg. Z. Psych. Bd. 67, 1910). — 4. *L. Bruce,* Quantit. a. qualit. leuc. counts in various forms of ment. disease (Journ. Ment. Sc. 1904). — 5. *I. H. Schultz,* Hämatol. Untersuchungsmeth. im Dienste d. Psych. (D. M. W. 1913, Nr. 29). Blutunters. als klin. Hilfsm. auf psych. Gebiete (Monatsschrift Psych. u. Neur. Bd. 35 1914). — 6. *W. Itten,* Zur Kenntn. hämatol. Befunde b. einigen Psychosen (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 24, 1914). — 7. *O. Pförtner,* Die w. Blutk. beim Jugendirresein (Arch. Psych. u. Nervenheilkunde Bd. 50, 1912). — 8. *G. Kahlmeter:* Blutunters. b. einem Fall v. Dem. pr. mit period. Verlauf (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 24, 1914). — 9. *Ostmann,* Studien üb. Blutb. b. Geisteskranken (Allg. Z. Psych. Bd. 89, 1928). Studien üb. d. w. Blutb. bei Schizophrenen (ibid. Bd. 91, 1929). — 10. *C. v. Leupoldt,* Blutb. b. Geisteskr. (Arch. Psych. u. Nervenh. Bd. 76, 1926). Blutb. b. G. II (ibid. Bd. 82, 1928). — 11. *H. Lundvall,* Über Blutveränderungen b. Dem. pr. (Tidskr. f. Nordisk retsmed. og psykiatri. 1912). — 12. *E. Salkind* u. *E. Maslow,* Die Leukozytose b. Nerven- u. Geisteskr. (Zentralbl. ges. N. u. Psych. Bd. 45, 1927). — 13. *E. Salkind,* Die Dynamik d. Leukozytose bei einigen Nervenkr. u. Kr. d. Persönlichk. (Zentralbl. ges. N. u. Psych. Bd. 55, 1930). — 14. *I. M. Mora, L. E. Amtman* and *S. I. Hoffman:* Effect of ment. a. emot. states on the leucocyte count. (Journ. of the Amer. med. assoc. Bd. 86, 1926). — 15. *V. Schilling,* D. Blutb. u.

Digitized by Google

seine klin. Verwertung, 7. u. 8. Aufl. Jena, 1929. — 16. *G. Ilberg,* Jahresvers. Deutsch. Ver. Psych. 9. 10. 31 Breslau (Allg. Z. Psych. Bd. 96 1931). — 17. *A. Hofferbert,* Unters. ü. d. w. Blutb. b. ges. u. neurasth. Indiv. (Kliwo. Nr. 45, 1921). — 18. *F. Plaut,* Unters. ü. d. Senkungsgeschw. d. Blutk. (M. M. W. Nr. 10, 1920). — 19. *W. Runge,* Über d. Senkungsgeschw. d. r. Blutk. bei Gemüts- u. Geisteskr. (M. M. W. Nr. 33, 1920). — 20. *G. Katz* u. *F. Leffkowitz,* Die Blutkörperchensenkung (Erg. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 33, 1928). — 21. *B. Siwinski,* La sédimentation des glob. r. au cours des maladies psych. (Presse méd. Nr. 34, 1926). — 22. *M. Benevuti,* Über die Prüfung d. Senkungsgeschw. d. r. Blutk. (Zentralblatt ges. N. u. Psych. Bd. 46, 1927). — 23. *M. Müller,* Die Senkungsreakt. d. r. Bl. bei schizophr. Endzuständen (Monatsschr. Psych. u. Neur. Bd. 59, 1925). — 24. *B. Jacobowsky,* Unters. ü. d. Senkungsgeschw. d. r. Blutk. bei Dem. pr. (Zentralbl. ges. N. u. Psych. Bd. 40, 1925). — 25. *E. D'Abundo,* Biochem. Unters. ü. d. Blut d. Geisteskr. (Zentralbl. ges. N. u. Psych. Bd. 32, 1923). — 26. *H. Götz,* Blutkörperchensenkungsreakt. u. ihre Ergebn. b. Geisteskrankh. (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 113, 1928). — 27. *O. Wuth,* Monogr. a. d. Gesamtgebiet d. Neur. u. Psych. (Nr. 29, 1922). — 28. *E. H. Michalowsky* u. *I. Hartmann,* Senkungsgeschw. d. Erythr. u. Costa-Reakt. (Med. Welt Nr. 31, 1931). — 29. *R. Gantenberg,* Die klin. Bed. d. Blutkörperchensenkungsreakt. (D. M. W. Nr. 21, 1929). — 30. *K. Loewenberg,* Über d. Einfl. d. Temp. auf d. Senkungsgeschw. d. r. Bl. bei Geisteskr. (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 93, 1924). — 31. —, Über d. Senkungsgeschw. d. r. Bl. bei Geisteskr. (ibid. Bd. 87, 1923). — 32. *A. Glaus* u. *I. Zutt,* Beitr. zur Frage der Senkungsgeschw. d. r. Bl. b. Geisteskrankh. (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 82, 1923). — 33. *R. Höber,* Über d. Bedeut. einiger Ionengleichgew. f. d. Physiol. u. Pathol. (D. M. W. Nr. 16, 1920). — 34. *K. Küppers,* Azetonämisches Erbrechen b. erw. Geisteskr. (M. M. W. Nr. 16, 1931). — 35. *A. Gorrieri,* Hämatol. Unters. ü. d. Epil. (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 15, 1913). — 36. *Rutheford-Macfhait,* Clin. observ. of the blood of the insane. (Journ. Ment. Science 1885). — 37. *Patterson* and *Weingrow:* Some observ. on the leucocyte count in epilepsy (Arch. of Neurol. Bd. 21, 1929). — 38. *Campioni,* Handb. d. Neurol. Bd. V. — 39. *Müller,* Klin. f. psych. u. nervöse Krankh. 1913. — 40. *Krumbmiller,* Wien. M. W. 1902. — 41. *O. Wuth* Blood changes in convuls. espec. in epilepsy (Bull. of the John Hopkins hosp. Bd. 38, 1926). — 42. *E. Sahlgren* u. *A. Grönberg,* Über d. Verhalten d. Senkungsreakt. bei Nervenkrankh. (Z. ges. Neur. u. Psych. Bd. 96, 1925). — 43. *A. Henrich,* Sur la vitesse de la sediment. des glob. r. en général et specialement au service de la psychiatrie (Bull. dela soc. roum. de neurol. psychiatr. psychol. et endocrinol. Bd. 2, 1925). — 44. *Obregia* et *Tomovici,* La vitesse de sediment. des glob. r. en psychiatrie et neurol. (ibid.). — 45. *Arneth* u. *I. Brockmann,* Über den qualit. Blutbefund nach Arneth bei einem Fall von Infantilismus (Med. Klin. Nr. 18, 1922). — 46. *W. Sagel:* Eigene Erfahrungen über das weiße Blutbild und seinen Wert für die Psychiatrie (Z. ges. Neur. u. Psych. 125, 1930).

Digitized by Google

Gliom der Brücke.

Kasuistische Studie zur Differentialdiagnose d. Multiplen Sklerose.

Von

Dr. **L. Gaupp**, Reg. Med. Rat. Pirna-Sonnenstein.

Ilberg hat vor zwei Jahren einen Fall von Gliosarkom des Mittelhirns mitgeteilt, bei dem hauptsächlich die Vierhügel, Thalamus, die Haube und der dorsale Teil der Brücke zerstört waren; daneben bestand bei einer Verdrängung des Aquaeductus Sylvii ein Hydrocephalus internus, beide Nn. optici waren atrophiert usw. Entsprechend dem zentralen, tiefen, medianen Sitz des Tumors bestand ein äußerst symptomreiches Krankheitsbild, das bei einem ungewöhnlich langsamen Verlauf als der Ausdruck einer multilokulären, disseminierten Erkrankung des Zentralnervensystems imponieren konnte. So erklärt es sich, daß in diesem Falle — unter Annahme einer Lues cerebrospinalis — antiluetische Medikamente gegeben wurden (Jodkali, Schmierkur, Novasurol, Neosalvarsan), und daß man auch weiterhin an dieser einmal eingeschlagenen Therapie unter Aufrechterhaltung der Diagnose festhielt, auch nachdem eine Lumbalpunktion normale Zellzahl und negative Wa. R. ergeben hatte; nachdem antiluetische Kuren vorausgegangen waren, war die Beweiskraft dieser beiden negativen Resultate ja auch sehr erschüttert, und es bleibt zweifelhaft, ob die übrigen Liquor-Reaktionen diagnostisch neue wesentliche Momente ergeben hätten. (Sie sind in diesem Falle offenbar nicht untersucht — jedenfalls von *Ilberg* nicht mitgeteilt worden.)

Der Fall gibt Anlaß, auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen tiefsitzenden Hirntumoren und disseminierten, multilokulären Erkrankungen, also hauptsächlich Lues und multipler Sklerose, hinzuweisen. Bei der multiplen Sklerose erhöhen sich die Schwierigkeiten gegenüber der Lues noch dadurch, daß die Ergebnisse der Liquoruntersuchung differentialdiagnostisch weniger zuverlässig sind als etwa ein positiver Liquor-Wa bei einer ungeklärten Differentialdiagnose zwischen Tumor und Lues.

Unter den Tumoren sind es hauptsächlich die der Brücke, die wegen der Mannigfaltigkeit der Symptomenbilder differential-

Digitized by Google

diagnostisch oft sehr schwer gegen multiple Sklerose abzugrenzen sind. Die physiologische Dignität der Brücke, wo auf einem kleinen Raume die wichtigsten motorischen und sensiblen Bahnen des Körpers verlaufen, wo ferner eine große Anzahl von Nervenkernen mit ihren supra- und infranucleären Bahnen lokalisiert ist, sowie die nahe Nachbarschaft des Kleinhirns und der Medulla oblongata erklären die symptomatologische Mannigfaltigkeit der Ponstumoren hinreichend. Es ist klar, daß hier kleine zirkumskripte Krankheitsherde wie Blutungs- oder Erweichungsherde oder Tuberkel und kleine zirkumskripte Tumoren typischere Symptomenkomplexe zeitigen werden, als diffuse Neubildungen, die sich unregelmäßig im Gewebe ausdehnen und Ausläufer nach den verschiedensten Seiten aussenden.

In der Mehrzahl der Fälle dehnt sich die Schädigung auf beide Brückenseiten aus, was seinen klinischen Ausdruck darin findet, daß die pontinen Hirnnerven auf beiden Seiten betroffen sind, und die Extremitäten beider Körperhälften krankhafte Symptome aufweisen.

So kommen Symptombilder zustande, die solchen von disseminierten Krankheitsherden gleichen können, und hieraus ergibt sich die Schwierigkeit der Differentialdiagnose der Brückentumoren gegen disseminierte Erkrankungen des Zentralnervensystems, insbesondere also gegen die multiple Sklerose. Dies gilt nun in ganz besonders hohem Maße für die Gliome der Brücke, und zwar hauptsächlich deswegen, weil Brückengliome selten einseitig bleiben, und weil sie infolge ihres eigentümlichen Wachstums, auf das später noch näher eingegangen werden soll, die Nervenbahnen oft nur teilweise schädigen, was klinisch in einem ausgesprochenen Wechsel der Symptome, insbesondere bezüglich der Intensität, zum Ausdruck kommt. Also auch hierin finden wir eine auffallende pathologisch-anatomische und klinische Ähnlichkeit zwischen Brückengliomen und multipler Sklerose.

Eine auffällige Eigenschaft der Brückentumoren besteht ferner darin, daß sie meist relativ spät und nur in geringem Maße zu sogenannten »Tumor-Allgemeinsymptomen« führen. *Klarfeld* fand nur etwa bei zwei Drittel der Fälle Hirndruckerscheinungen, Stauungspapille sogar nur bei etwa einem Drittel der Fälle, und hier trat sie auch erst spät — bis zu 8—9 Monaten nach Manifestwerden der ersten Symptome — auf. Hierin liegt natürlich eine weitere Schwierigkeit bezüglich der Differentialdiagnose der Brückentumoren.

Die Beziehung zu dem oben erwähnten Falle von *Ilberg* veranlaßt mich, bei dieser Gelegenheit den bereits mitgeteilten Fällen von differentialdiagnostisch schwierigen Brückentumoren (siehe

Digitized by Google

Krüger, Marburg u. a.) einen neuen hinzuzufügen und im Anschluß an ihn einiges zu dieser Differentialdiagnose zu sagen[1].

M. F., lediges Dienstmädchen, 20 Jahre alt. In der Familienanamnese Tb., die eigene Anamnese belanglos, keine Krämpfe, keine Rhachitis, keine venerische Infektion, bisher immer gesund.

April 1923 (mit 19 Jahren): Doppelbilder beim Blick nach rechts, rechts Kopfschmerzen, Müdigkeit, Schwindel, allmählich Schwäche in den Beinen, näselnde Sprache und Schluckbeschwerden bei flüssigen Speisen. Patientin mußte ohne Grund abwechselnd lachen und weinen. Nach 4 Monaten auch Wasserlassen trotz lebhaften Harndrangs erschwert. 21. 8. 23: Befund (1. Zustandsbild): Interner Befund o. B. bis auf geringe Spitzenaffektion rechts. Neurologisch: Schädel nirgends klopfempfindlich. Augenhintergrund o. B., keine Stauungspapille. Linke Pupille eine Spur weiter als rechte. Licht- und Konvergenzreaktionen rechtslinks normal. Kein Nystagmus. Augenbewegungen: Beim Blick nach rechts, rechts oben und rechts unten geht der rechte Bulbus nicht ganz mit, bleibt in Mittelstellung stehen (Abduzensparese rechts). Kornealreflex rechts fehlt, sonst Trigeminus rechts-links o. B. in allen Ästen. Fazialisschwäche rechts im zweiten und dritten Ast. Hypoglosusschwäche rechts. Gaumensegel hebt sich links schlechter bei Phonation als rechts. Kein Würgreflex. Geruch, Geschmack o. B. Geringe Hypertonie beider Arme mit gesteigerten Reflexen bei erhaltener Motilität und ungeschwächter grober Kraft. Links Intentionstremor, beiderseits etwas Adiadochokinese. Bauchdeckenreflexe fehlen rechts und links in allen Quadranten. In beiden Beinen Hypertonie mit gesteigerten Patellarreflexen, links stärker als rechts. Beiderseits Patellarklonus. Besonders links lebhafter Achillessehnenreflex, links erschöpfbarer Fußklonus. Keinerlei »spastische Reflexe«. Romberg: starkes Schwanken; Kniehackenversuch prompt rechts-links. Gang taumelnd, unsicher:»Die Beine sind mir so schwer.« Sensibilität: für alle Qualitäten am ganzen Körper intakt. Lageempfindung etwas unsicher an den Füßen. Während der ganzen Untersuchung dauernd Zwangslachen und Zwangsschluchzen, worunter Patientin selbst sehr leidet. Lumbalpunktion: Liquor tropft sehr schnell, ist wasserklar, enthält 1 Teilstrich Eiweiß und 1 Lymphozyt nach der Zählung in der Fuchs-Rosenthalschen Kammer, Wa ⓘ. Heftige Punktionsbeschwerden.

Über den Verlauf sei nur das Wesentlichste berichtet: Bereits am 22. 8., also einen Tag nach der Befundaufnahme mit Lumbalpunktion, beiderseits schwach positiver Babinski, der am 31. 8. deutlich nachzuweisen ist, und zwar rechts stärker als links. Am 31. 8. tauchen auch zum ersten Mal geringe Ausfallserscheinungen im rechten Trigeminusgebiet auf. Eine Prüfung der Vestibulares durch kalorische und rotatorische Reizung ergibt normalen Befund. Die Patientin wird mit Jodkali und Schmierkur behandelt, dabei bessert sich etwas das Zwangslachen.

Wegen häufigen Erbrechens und zeitweiligen Übelkeitsgefühls taucht

[1]) Die Veröffentlichung des 1924 vom Verfasser während seiner Tätigkeit an der Psychiatrischen- und Nervenklinik zu Breslau bearbeiteten Falles erfolgt mit der gütigen Genehmigung der Direktion dieser Klinik.

Digitized by Google

wieder der Verdacht auf Tumor auf, jedoch geben der normale Augenhintergrund und die normale Pulsfrequenz keine Bestätigung hierfür.

7. 9. (zweites Zustandsbild): Der Befund der Hirnnerven hat sich gegen den des ersten Zustandsbildes insofern geändert, als jetzt das rechte Gaumensegel tiefer hängt als das linke, bei Phonation sich jedoch beide gut heben. Außerdem findet sich jetzt horizontaler Nystagmus auf beiden Augen beim Blick nach links. An den Armen hat sich nichts geändert, jedoch ist der anfänglich notierte Intentionstremor dahin abgewandelt, daß der Fingernasenversuch von der linken Hand unsicher ausgeführt wird. Die geringe Spastizität der Beine besteht fort, diesmal ist der rechte Patellarsehnenreflex lebhafter als der linke, dafür aber wieder der linke Fußklonus deutlicher als der rechte. Babinski beiderseits suspekt, nicht einwandfrei. Am 11. 9. läßt sich eine geringe Schwäche auch im linken Abduzens konstatieren.

15. 9. (drittes Zustandsbild): ergibt bis auf das bisher konstatierte folgendes: Die Prüfung des rechten Trigeminusgebietes ergibt ein Gefühl von Taubheit und zugleich Hyperalgesie in einem Bezirk, der annähernd die ganze rechte Gesichtshälfte einnimmt, dessen Begrenzung nach dem Hinterkopf aber etwa folgenden Verlauf hat: an der Stirn entlang der Haargrenze, etwa 2 Querfinger breit vor der Ohrmuschel herab, dann parallel der Mandibularkrümmung, schließlich mit der Mandibel abschließend; periphere Fazialisschwäche rechts, rechter Sternokleidomastoideus schwach. An den Armen hat sich nichts geändert, nur wird neuerdings ein subjektives Gefühl von Schwere und Steifigkeit in beiden Armen angegeben, während die nachweisbare Hypertonie und Reflexsteigerung rechts deutlicher ist als links. Interessant diesesmal im Vergleich mit den vorhergehenden Zustandsbildern der Befund an den Beinen: Mäßige Hypertonie links, dafür aber rechts Patellarklonus, links kein Patellarklonus; kein Fußklonus, weder rechts noch links, an beiden Füßen nur sehr zweifelhafter Babinski, der nur ab und an vom äußeren Fußrande auszulösen ist, Steifigkeit in beiden Beinen und eine starke Ermüdbarkeit beider Beine.

Einige Tage darauf (18. 9.) rechts einwandfreier Babinski, links kein Babinski. Am folgenden Tag: Babinski rechts zweifelhaft, links negativ, aber jetzt wieder Fußklonus links positiv, rechts negativ. Starke Schluckbeschwerden und starke Erschwerung der Sprache im Sinne einer (Pseudo-?) Bulbärsprache, Patientin antwortet meist mit Kopfbewegungen. Am folgenden Tag (20. 9.) weder Fußklonus noch Babinski rechts oder links nachweisbar. Subjektiv besseres Befinden. Nach einer Woche (29. 9.) wieder Verschlechterung des Allgemeinbefindens, häufiges Erbrechen, das Zwangslachen und Zwangsweinen ist wieder sehr quälend, die Sprache sehr erschwert, es besteht geringer Kopfschmerz. Außerdem: Babinski beiderseits positiv und Rossolimo rechts positiv. Dieser schwere Zustand, insbesondere die Sprachstörung, hält zwei Tage an, um sich dann plötzlich ohne Medikation zu bessern. Aber am 4. 9. tritt Retentio urinae, Erschwerung des Stuhlgangs und häufiges Erbrechen ohne Pulsverlangsamung auf.

6. 10. (viertes Zustandbild): Hirnnerven: Sensibilität im rechten Trigeminusgebiet wieder normal! Kornealreflex rechts-links erloschen! Beiderseits Abduzensparese, rechts stärker als links, Nystagmus beim Blick nach links. Gaumensegel hebt sich bei Phonation rechts-links sehr wenig

Digitized by Google

ausgiebig. Sprache kaum verständlich, bulbär. Der Befund an den Armen ist gegen früher unverändert, die Bauchdeckenreflexe fehlen wie bisher immer, die Beine sind spastisch hypertonisch, insbesondere der Quadrizeps links, so daß der Kniehackenversuch links nicht genau zu prüfen ist. Patellar- und Achillessehnenreflexe beiderseits pathologisch gesteigert, kein Fußklonus, dafür aber rechts Babinski, links zweifelhafter Babinski, links aber unerschöpflicher Patellarklonus, während rechts nur einige klonische Zuckungen zustande kommen.

Der Zustand wechselt in den nächsten Tagen, wird aber doch dauernd schlechter, die Patientin fühlt sich dauernd übel, scheidet neuerdings auch Eiweiß aus (Schmierkur?), erhält Nierendiät. Nach 1 Monat hat die Spastizität der Arme wesentlich zugenommen, infolge davon ist die willkürliche Motilität, besonders rechts, stark beeinträchtigt; an den Beinen zunehmende Hypertonie und Beeinträchtigung der freien Motilität. Achillessehnenreflexe sehr schwach auslösbar, Babinski links +, rechts zweifelhaft. Kein Fußklonus, kein Rossolimo. Die Sensibilität ist wieder völlig normal.

Lumbalpunktion (3. 11.): Druck normal, Zellzahl —. Eiweiß nicht erhöht. Starke Punktionsbeschwerden.

Wieder eine Woche später stellt sich auch ein geringer Nystagmus beim Blick nach oben ein, der Babinski ist wieder beiderseits +, am 16. 11. findet sich bei der Untersuchung des Augenhintergrundes beiderseits leichte Neuritis ohne Stauungserscheinungen.

6. 12. Horizontaler Nystagmus beim Blick nach beiden Seiten.

29. 12. 1923 (fünftes Zustandbild): Beiderseits Abduzensparese, kein Nystagmus, Hypaesthesie in der rechten Gesichtsseite, wie oben beschrieben, totale periphere Fazialisparese rechts, Gaumensegel total gelähmt, fehlender Würgreflex. Hypoglossuslähmung rechts, Zwangslachen und Zwangsweinen. Spastizität der Arme mit gesteigerten Reflexen, Hypertonie, herabgesetzter grober Kraft und Motilität usw., besonders rechts. Bauchdeckenreflexe fehlen. Beine spastisch in Streckstellung. Patellarsehnenreflex links schon nicht mehr auslösbar (Spasmus des Quadrizeps), rechts sehr gesteigert. Babinski beiderseits +, Rossolimo rechts +. Sensibilität o. B.

Dieser Zustand hält sich im Wesentlichen, bis nach Zunahme der Spasmen, die im linken Bein schließlich stärker sind als im rechten, durch Hinzutreten einer diffusen Bronchitis und allgemeiner Prostration am 9. 3. 1924 der Exitus eintritt.

Zusammenfassung: Bei einem 20jährigen Mädchen treten ohne vorhergehende Erkrankung Doppelbilder beim Blick nach rechts, Müdigkeit, gelegentliches Erbrechen, Schwäche in den Beinen, Sprach- und Schluckbeschwerden, Zwangslachen und Zwangsweinen und Erschwerung der Blasenfunktion auf. Die Patientin geht unter der Diagnose Multiple Sklerose von sehr schnellem Verlauf und stirbt bereits nach 11 Monaten, nachdem sie folgende, besonders in der Intensität sehr inkonstante, Symptome geboten hat: Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels, keine Stauungspapille, erst zuletzt beiderseits Neuritis optica ohne Stauungserscheinungen. Linke Pupille ist eine Spur weiter als die rechte, die Konvergenz- und Lichtreaktionen sind auf beiden Augen prompt. Abduzensparese rechts, später beiderseits; horizontaler, durchaus inkonstanter Nystagmus beim Blick nach links. Rechts, vorübergehend auch links, auf-

Digitized by Google

gehobener Kornealreflex, inkonstante Parästhesien und Anästhesie in einem breiten Bezirk der rechten Gesichtshälfte (näheres hierüber siehe unter drittes Zustandsbild). Allmählich auftretende rechtsseitige Fazialisparese, erst zentralen, dann peripheren Typs, ebenso eine zunehmende rechtsseitige Hypoglossusparese, fehlender Würgreflex. Gaumensegel erst links schwächer wie rechts, dann genau umgekehrt, schließlich beiderseitige Schwäche, endlich totale Gaumensegellähmung. Beide Vestibulares bei Prüfung mit kalorischen und rotatorischen Reizen zu Beginn der Krankheit o. B., desgleichen beide Cochleares o. B. Geschmack o. B. Die Sprache war schwer gestört im Sinne einer Pseudobulbärsprache, kein typisches Skandieren. Starke Dysphagie, zunehmende Schwäche beider Sternokleidomastoidei.

Arme: Zunächst kurze Zeit Intentionstremor, dann Adiadochokinese und Unsicherheit beim Finger-Nasenversuch, dann stark zunehmende Spastizität mit allen spastischen Symptomen, schließlich werden die Arme fast unbeweglich im rechten Winkel etwas abduziert und nach innen rotiert gehalten, der rechte Arm ist während des ganzen Verlaufes deutlich stärker betroffen als der linke.

Die Bauchdeckenreflexe sind während des ganzen Verlaufes in allen Quadranten erloschen, dies ist eines der wenigen konstanten Symptome.

An den Beinen ein außerordentlicher Wechsel der verschiedensten spastischen Symptome. Bezüglich der Einzelheiten muß auf den vorhergehenden ausführlichen Bericht verwiesen werden, zusammenfassend läßt sich nur sagen, daß kaum eines der vielen spastischen Symptome gelegentlich einer Untersuchung nicht als nachweisbar und gelegentlich einer anderen Untersuchung nicht als fehlend konstatiert werden konnte. Schließlich resultierte eine hochgradige Spastizität beider Beine in Streckstellung mit Überwiegen des linken Beines über das rechte (im Gegensatz zu dem Befund an den Armen). Aktive Beweglichkeit war schließlich überhaupt nicht mehr vorhanden. Vorher war der Gang unsicher und taumelnd gewesen, beim Stehen mit geschlossenen Augen war starkes Schwanken aufgetreten; der Kniehackenversuch zeigte, solange er noch ausgeführt werden konnte, keine charakteristischen Besonderheiten.

Die Blase konnte anfangs schwer, später willkürlich überhaupt nicht mehr entleert werden, desgleichen bestand schließlich Retentio alvi.

Bis auf gelegentliche Lagegefühlsstörungen in den Füßen fehlten während der ganzen Zeit jegliche Störungen der Sensibilität.

Die Patientin wurde zweimal lumbalpunktiert, das erste Mal floß der Liquor sehr rasch ab, das zweitemal war der Druck normal. Der Liquor selbst zeigte keine Erhöhung des Eiweißgehaltes, normale Zellzahl, Wa. in Liquor und Serum negativ.

Die Punktionsbeschwerden waren von sehr langer Dauer und großer Intensität. Während der ganzen Krankheit bestand häufiges Erbrechen ohne Pulsverlangsamung, gelegentlich Kopfschmerz rechts, beim Sitzen manchmal Lufthunger und während des ganzen Verlaufes sehr quälendes Zwangslachen und Zwangsweinen. Exitus nach schwerer allgemeiner Prostration und nach Hinzutreten einer Bronchitis.

Die Diagnose blieb in suspenso. Am wahrscheinlichsten schien eine akut verlaufende Multiple Sklerose, die Differentialdiagnose gegen Hirntumor blieb offen.

Sektion: Neben Stauungsorganen, chronischer Bronchitis und Status

Digitized by Google

lymphaticus folgender Hirnbefund: Dura gleichmäßig und prall gespannt. Leptomeningen zart, nicht getrübt. Keine Gefäßveränderungen. Hirnwindungen allenthalben stark abgeplattet, Furchen stark verstrichen.

Die Brücke ist von flachen Tumormassen verdeckt, die speckige Konsistenz haben und Andeutung von knolliger, gelappter Beschaffenheit zeigen. Caudal endet der Tumor auf der Oblongata in zwei vorgetriebenen, lappigen Portionen, die zur Olivengegend reichend einen medianen Bezirk freilassen. Diese Tumorfortsätze lassen sich bis zur Brücke ohne Gewalt stumpf vom Hirnstamm ablösen. Von der Brücke aus greifen die Tumormassen auf die Kleinhirnhemisphären über. Die Austrittsstellen der VII, VIII und folgenden Hirnnerven liegen frei, während die Abduzentes und Trigemini erst nach Durchdringen des Tumors zutage treten. Cranial setzt die Tumormasse am oberen Brückenrand ab, doch zeigt sich auch eine Veränderung der Mittelhirnbasis, indem die Pedunculi eine grobhöckrige Beschaffenheit von speckigem Aussehen und flach-warzenartigen Exkreszenzen gegen die Schläfenlappen zu aufweisen. Infundibulum und Chiasma frei, Leptomeningen hier straff gespannt, getrübt. Der Tumor zeigt im ganzen eine ausgeprägte Neigung zu Oberflächenwachstum. Seitenventrikel, dritter Ventrikel und craniales Ende des Aquäduktes stark erweitert.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, daß die Erweiterung des Aquäduktes sich nur auf sein kranialstes Ende bezieht, dieses nahm nämlich teil an der allgemeinen Erweiterung der liquorhaltigen Höhlen im Sinne eines sekundären Hydrocephalus internus, der zum Teil auf eine fast völlige Verlegung des übrigen Aquäduktes zurückzuführen sein dürfte.

Schnittbefunde. 1. Schnitt: Durch die Höhe der Pedunculi und vorderen Vierhügel. Es findet sich links unten bis an die Substantia nigra reichend und den oberen Teil des Hirnstammes verdrängend eine Tumormasse mit einem etwa kirschkerngroßen alten Erweichungsherd, der ventrolateral vom Nucleus ruber gelegen ist. Dieser ist auf dieser Seite etwas zusammengedrückt. Rechte Hälfte o. B. Aquädukt stark verengt. An der Peripherie des linken Pedunculus finden sich knollige Exkreszenzen.

Auf dem 2. Schnitt durch die hinteren Vierhügel und die vordere Brückenhälfte ist die gesamte Brückenbasis von Tumor durchwachsen, rechts sowohl wie links. Links liegt wieder im Tumor ein reichlich haselnußgroßer Erweichungsherd, der bis zur medialen Schleife reicht und diese nach oben medial verdrängt. Peripher dieselbe grobhöckrige Beschaffenheit wie auf dem vorherigen Schnitt. Aquädukt stark verengt.

Der 3. Schnitt geht durch den hinteren Teil des Aquäduktes und durch die Mitte der Brücke. Hier umgreift ein breiter Tumormantel den ganzen Hirnstamm mit Ausnahme des dorsalen Anteils. Makroskopisch rechts-links. An der Basis und links lateral im Tumor befinden sich stecknadelkopfgroße Erweichungsherde. Aquädukt wieder maximal verengt.

Auf dem 4. Schnitt, der durch den caudalen Ausgang des Aquädukts in der Höhe der einstrahlenden Trigeminuswurzel geht, findet sich wieder derselbe große Tumormantel wie auf dem vorhergehenden Schnitt. In der linken Brücke lateral liegen quer übereinander zwei halbmondförmige, reichlich haselnußgroße Herde von grünlichem, glasigem Aussehen und

Digitized by Google

speckiger Beschaffenheit, von denen der obere an die einstrahlende Trigeminuswurzel heranreicht.

Auf dem 5. Schnitt durch die vordere Hälfte des 4. Ventrikels ist die Brücke an der Basis beiderseits von Tumormassen durchwachsen und vergrößert. Links findet sich in der Gegend der eben erwähnten beiden Herde ein einzelner runder Herd von demselben glasigen Aussehen und von derselben Konsistenz. Sein Durchmesser beträgt etwa 1 cm.

Der 6. Schnitt trifft die Olivengegend dicht hinter der Brücke. Hier wachsen links Tumormassen in die linke Pyramide hinein, die gegenüber der rechten verkleinert ist.

Auf dem 7. Schnitt durch die hintere Rautengrube, ebenso auf den folgenden Schnitten bis in die Oblongata, ist der rechte Bereich der Pyramiden größer als der linke.

Zur näheren mikroskopischen Bearbeitung wurden verschiedene Stücke des Tumors in Zelloidin eingebettet und nach verschiedenen Methoden gefärbt, andere Stücke wurden in Paraffin eingebettet und gefärbt. Von Färbemethoden wurden angewandt die von *Malory, Mann,* gewöhnliche Hämatoxylin-Eosin-Färbung und Färbung mit Toluidinblau. Das Ergebnis ist folgendes:

Es handelt sich um ein polymorphzelliges, zellreiches Gliom, in dem sich ein außerordentlicher Formenreichtum nachweisen läßt. Die Kerne sind verschieden groß, rund, oval, spindlig, teils dicht intensiv gefärbt, teils heller, wabig strukturiert. Es hat den Anschein, als ob Form und Größe der Kerne von dem Druck der Umgebung abhängig seien: bei engmaschigem Protoplasmanetz überwiegt die spindlige Kernform, bei weitermaschigem, wabigem Bau der Grundsubstanz die runde oder ovale.

An vielen Kernen läßt sich ein protoplasmatischer Zelleib nachweisen, der sich von der Grundsubstanz deutlich abhebt, indem er dichter gefärbt ist. Jedoch sind diese Zellen in der Minderzahl gegenüber denen ohne besonders nachweisbaren Zelleib. Dieses prozentuale Verhältnis schwankt innerhalb desselben Präparates an verschiedenen Stellen, sowie innerhalb der Gesamtmenge des untersuchten Materials. (Ähnliche Befunde hat *Stumpf* erhoben.) Einige Zellen zeigen längliche protoplasmatische Ausläufer, die gelegentlich miteinander anastomosieren.

Eine Regel in der Anordnung der Kerne innerhalb der Grundsubstanz ist nicht zu konstatieren. — Diese, die Hauptmasse des Tumors, ist nicht völlig homogen, sondern etwas körnig und bildet ein Protoplasmanetzwerk, dessen Maschen verschieden eng sind. Dickere und dünnere Substanzbalken setzen es zusammen, schmelzen gelegentlich zu breiten, dichten Partien zusammen oder lockern sich zu einem wabigen Gerüst auf.

Die dritte Komponente des Tumors wird von den Fasern gebildet. Diese liegen an den meisten Stellen dem plasmatischen Netzwerk angeschmiegt, durchqueren dieses aber auch an einigen Stellen. — An den Grenzen zu normalen Partien findet sich eine gewisse Auflockerung des Tumorgewebes.

An den zahlreichen größeren und kleineren Gefäßen findet sich eine dickere Schichtung des Tumorgewebes, das die Gefäße oft wie mantelartig umgibt, hier finden sich teilweise auch kubische Zellen. Von einer Anzahl dieser Gefäße ist schwer zu entscheiden, ob es sich um angioblastische Sprossen und Tumorgefäße oder um Gefäße des präexistenten

Digitized by Google

Brückengewebes handelt. Sicher ist, daß diese letzteren dem Tumorwachstum ein gewisses Hindernis geboten haben, woraus sich die vermehrte Kern- und Protoplasmabildung gerade um die Gefäße erklärt.

Diese, schon früher unter anderem von *Stumpf* betonte Tatsache erklärt es auch, daß solche Tumoren an Fasersystemen, Leitungsbahnen, einen Widerstand finden und sie zum Teil zunächst verschonen, indem sie sie umwachsen. So erklärt sich, daß innerhalb solcher Tumoren Fasern noch erhalten bleiben können, und, was besonders wichtig ist, auch noch funktionstüchtig sein können. Diese Tatsache erinnert sehr an die Befunde bei der multiplen Sklerose, wo auch innerhalb der sklerotischen Herde Bahnen erhalten bleiben können. Wir sehen also schon in dieser Übereinstimmung einen Grund dafür, daß die beiden Krankheiten Gliom und multiple Sklerose ein Schwanken in der Intensität ihrer Symptome aufweisen können, und durch diese Ähnlichkeit Anlaß zu den größten differentialdiagnostischen Schwierigkeiten geben können.

Die oben erwähnten grünlichen, gallertigen Herde im Tumor erweisen sich mikroskopisch als homogene nekrotische Degenerationsherde, an ihrem Rande findet sich auch eine gewisse Auflockerung des Tumorgewebes.

Zur Differentialdiagnose.

1. Die sog. allgemeinen Tumorsymptome: Da bei der Größe des Tumors mit einer ausgedehnten Fernwirkung durch Druck und Liquorstauung, die zu einem sekundären Hydrozephalus führte, zu rechnen ist, haben wir das Recht, die Übelkeit, das gelegentliche Erbrechen, den Kopfschmerz und die starken Punktionsbeschwerden als sog. »allgemeine Tumorsymptome« anzusprechen. Diese Symptome, die im Wesentlichen Ausdruck einer Hirndrucksteigerung sind, sind aber keineswegs nur für Tumor charakteristisch; sie können vielmehr als Allgemeinsymptome ebenso bei anderen Erkrankungen, insbesondere bei multipler Sklerose, vorkommen. Außerdem ist prinzipiell zu betonen, daß, wie schon oben erwähnt, intrapontine Tumoren relativ selten, (nach *Klarfeld* nur in zwei Drittel der Fälle), zu Hirndruckerscheinungen führen; ein besonders wichtiges Hirndrucksymptom läßt somit auch unser Tumor trotz seiner Größe vermissen, nämlich die Stauungspapille: Erst 8 Monate nach dem Manifestwerden der ersten Symptome trat auf beiden Augen eine leichte Neuritis optica ohne Stauungserscheinungen auf, aus der sich vielleicht eine Stauungspapille entwickelt hätte. Es entspricht dies den Resultaten von *Klarfeld*, der in nur einem Drittel seiner Fälle und erst im achten oder neunten Monat der manifest gewordenen Krankheit Stauungspapille fand.

Von sog. Allgemeinsymptomen bestanden ferner Kopfschmerzen, Erbrechen, Müdigkeit und Übelkeiten. Daß alle diese Symptome im Verlauf der multiplen Sklerose vorkommen können, ist bekannt, *Oppenheim* reserviert für solche Fälle eine besondere

Digitized by Google

Unterabteilung der zerebralen multiplen Sklerose, nämlich die der »tumorartigen«. Nach *Oppenheim* sind es besonders die akuten Fälle, die solche Symptome bieten. Daß die multiple Sklerose auf verschiedenem Wege, so durch Entstehen eines Hydrozephalus oder durch Zystenbildung zu Symptomen führen kann, die das Bild eines Tumors genau nachahmen, illustriert ein Fall *Oppenheims*, über den wegen seines ungewöhnlich interessanten Verlaufes kurz berichtet werden mag:

Bei einem 17jährigen Schüler treten Schwindelanfälle, Diplopie und Unsicherheit des Ganges auf. Nach 4 Monaten gesellen sich dazu Kopfschmerz und Erbrechen. Einen Monat später Nystagmus, zerebellare Ataxie, Übererregbarkeit des Vestibularis. Diagnose: Tumor, bzw. Zyste in der hinteren Schädelgrube oder Sclerosis multiplex, letztere wegen der häufigen Brechanfälle weniger wahrscheinlich (*Oppenheim*, der Formenreichtum usw. S. 216). Unter Quecksilberbehandlung so erhebliche Besserung, daß Patient entlassen werden kann. Nach einigen Wochen aber unstillbares Erbrechen, schwerste Schwindelanfälle, Kopfschmerzen, so daß von *F. Krause* eine Operation ausgeführt wurde: Dura pulslos gespannt, nach ihrem Eröffnen ergießt sich aus dem Arachnoidealraum massenhaft Liquor, danach pulsiert das Kleinhirn normal. Danach Besserung bis zur Heilung und Entlassung. Lange Remission, aber 1 Jahr nach der Operation zeigt sich unter geringen vorhergehenden Gehbeschwerden eine linksseitige periphere Fazialisparese, Nystagmus, Inkoordination, Babinski links, leichte Paraparese, Thermhypaesthesie an beiden Beinen, leichter Intentionstremor. —

Also im Verlauf einer multiplen Sklerose eine Meningitis serosa, die einen Kleinhirntumor vortäuscht, nach der Operation eine einjährige Remission, und dann erst ein neuer Schub mit typischen Symptomen einer multiplen Sklerose. *Marburg*, der auch mehrere Fälle von multipler Sklerose mit Tumorsymptomen bearbeitet hat, kommt zu dem Ergebnis, daß nicht nur die akuten Fälle Tumorerscheinungen machen können, sondern jede Form. Und es ist interessant, daß *Oppenheim* selbst einen Fall von multipler Sklerose beschreibt, in dem unstillbares Erbrechen während eines Zeitraumes von 16 Tagen bestand, das auf der Höhe einer bulbären Attake im Verein mit anderen Symptomen einer Herderkrankung des Pons-Oblongatagebietes auftrat und mit heftigstem Kopfschmerz und Schwindel einherging (Beteiligung des Vagus bzw. Ausbreitung sklerotischer Herde auf das Brechzentrum).

Zerebellare Symptome, wie sie in unserem Falle durch Übergreifen der Tumormassen auf die Kleinhirnhemisphären oder durch Druckwirkung wie bei allen subtentorialen Tumoren zustande kamen, sind bei der multiplen Sklerose sehr häufig, ja sie können

Digitized by Google

derart das Zustandsbild beherrschen, daß die Differentialdiagnose gegen Kleinhirntumoren schwierig sein kann. Immerhin wird diese Differentialdiagnose in den allermeisten Fällen zu entscheiden sein; die einzige Tumorgruppe, bei der man differentialdiagnostisch gegen multiple Sklerose tatsächlich in große Bedrängnis geraten kann, ist, wie auch unser Fall zeigt, die der pontinen, resp. intrapontinen. Jedenfalls sind die unter dem Sammelbegriff »Tumorsymptome« zusammengefaßten Symptome keineswegs für Tumor cerebri beweisend. Sie lassen insbesondere in Fällen wie dem unseren im Stich, namentlich wenn die Stauungspapille fehlt; im übrigen braucht nur daran erinnert zu werden, daß Stauungspapille bei multipler Sklerose gelegentlich vorkommt.

Herdsymptome und Verlauf: Umschriebene Pons-Affektionen sind symptomatologisch fast immer charakterisiert durch das Vorhandensein alternierender Lähmungen. Diese — allerdings nicht für intrapontine Herde pathognostisch — sind das wichtigste diagnostische Merkmal. Sie betreffen die Extremitäten der dem Herde gegenüberliegenden Seite und Trigeminus, Abduzens, Fazialis und Hypoglossus der dem Herde gleichnamigen Seite. Innerhalb dieser Grenzen kann das Bild der alternierenden Hemiplegie in den einzelnen Fällen mannigfach variiert sein, was zur Aufstellung einzelner Lähmungstypen geführt hat. Ferner ist ein häufiges, charakteristisches Symptom eines einseitigen Brückenherdes die konjugierte, seitliche Blicklähmung. Dieses Symptom besteht bekanntlich darin, daß beide Bulbi nach der Seite des Herdes nur bis zur Mittelstellung bewegt werden können, wobei jedoch nur der Abduzens der kranken Seite paretisch ist, während der Internus der Gegenseite bei der Konvergenz meist normal funktioniert. Dieses für Pons-Affektionen ziemlich charakteristische Symptom findet sich aber keineswegs bei allen Fällen. — Es ist klar, daß die übrigen häufigen Symptome der Brückenaffektionen, nämlich supranukleäre, nukleäre oder radikuläre Lähmungen der Bulbärnerven, meist unspezifische Sensibilitätsstörungen am Kopf und Rumpf, Nystagmus, Koordinationsstörungen usw., daß alle diese Symptome einzeln betrachtet keineswegs beweisend für die Lokalisation in der Brücke sind, daß sie diese Bedeutung vielmehr erst in ihrer Kombination zu einem Gesamtbild erreichen können.

Ein Blick auf die Symptomatologie unseres Falles zeigt nun, daß bei der Größe und dem bilateralen Sitz des Tumors die charakteristischen Kennzeichen der Ponsaffektionen fehlten oder nur vorübergehend angedeutet waren. Die Tatsache, daß im Verlauf zunächst bis zum gewissen Grade der Typ einer Hemiplegia alternans in dem Sinne bestand, daß im Vordergrund die Störungen der rechten Hirnnervengruppe und des linkes Beines standen, daß aber andererseits von vornherein bis zum Exitus der rechte Arm

Digitized by Google

stärker befallen war als der linke, spricht dafür, daß von vornherein eine beiderseitige Schädigung der Pyramidenbahnen bestand, wie sie sich autoptisch fand.

Eine konjugierte seitliche Blicklähmung fehlte, es fand sich vielmehr nur eine einseitige, später beiderseitige Abduzenslähmung. Der übrige, sehr wechselnde und mannigfaltige Befund an den Hirnnerven verleitet ganz besonders dazu, mehrere Krankheitsherde anzunehmen. Tatsächlich aber sehen wir, daß ein pontiner Herd von einiger Größe supranukleäre (Hypoglossus, Fazialis im Beginn), nukleäre (Gaumensegel = nucl. ambiguus, Trigeminus = subst. gelatinosa Rolandi in allen Segmentarealen) und infranukleäre (Abduzens, Fazialis im späteren Verlauf) Hirnnervenlähmungen auf beiden Seiten zur Folge haben kann.

Die Sprachstörung entsprach nicht der sog. skandierenden Sprache, sie war vielmehr eher bulbären Charakters, ob es sich etwa um die nach *Monakow* spezifische »Brückendysarthrie« gehandelt hat, wage ich nicht zu entscheiden. Das Zwangslachen und Zwangsweinen ist keineswegs ein Reservat der multiplen Sklerose. Auch *Ilbergs* Fall wies Zwangslachen auf, desgleichen ist es schon früher bei Brückenaffektionen beschrieben worden (*Ransohoff, Bechterew*).

Eine genaue pathophysiologische Analyse für jedes einzelne Symptom unseres Falles zu geben, dürfte bei dem einerseits diffusen, andererseits schonenden Wachstum des Tumors und angesichts der starken Fernwirkung durch Druck und sekundäre Liquorstauung von sehr zweifelhaftem Werte sein; man müßte sich im Spekulativen bewegen und käme zu keiner Gewißheit. Wir müssen uns mit der Tatsache abfinden, daß ein ausgedehnter pontiner Herd ein äußerst symptomenreiches, »pseudomultiples« Zustandsbild erzeugen kann. Selbst wenn man aber diese Tatsache berücksichtigt hätte und überdies darauf aufmerksam geworden wäre, daß tatsächlich kein Symptom vorhanden war, welches das Vorhandensein noch eines zweiten oder noch mehrerer anderer Herde bewies, selbst dann hätte man — wenigstens zu Beginn der Erkrankung — die Differentialdiagnose nicht entscheiden können, denn es hätte sich ja um einen sklerotischen Herd in der Brücke handeln können, es gibt ja unter den zahllosen Erscheinungsformen der multiplen Sklerose eine sogenannte »Multiple Sklerose von pontinem Typ«.

Daß Erscheinungen einer pontinen oder bulbären Herderkrankung im Verlaufe von multipler Sklerose vorkommen, ist so gewöhnlich, daß nicht besonders darauf eingegangen zu werden braucht; es gibt aber auch Fälle von multipler Sklerose, die mit typischen pontinen oder bulbären Symptomen beginnen, so daß die Unterscheidung von Tumor oder Tuberkel oder anderen Herd-

Digitized by Google

erkrankungen in der Brücke unmöglich sein kann (Fälle von *Oppenheim, Maas* u. a.). Aus diesem Initialstadium entwickelt sich aber meistens mit Remissionen durch späteres Hinzutreten von Symptomen, die auf eine Disseminierung des Prozesses hinweisen, eine typische multiple Sklerose. Wenn sich also anfangs alle Symptome durch Annahme eines Brückenherdes erklären lassen, so muß die Diagnose offen gelassen werden, bis man ein Symptom nachgewiesen hat, das nur durch einen anderen Herd erklärt werden kann.

Aus den einzelnen, isolierten Zustandsbildern unseres Falles hätte man die Diagnose »Pontine Sklerose« wohl stellen dürfen, man hätte sich aber nicht festlegen dürfen, sondern man hätte auf ein Symptom warten müssen, das für die Disseminierung des Prozesses gesprochen hätte, oder man hätte eine etwaige Remission, sofern sie eingetreten wäre, für multiple Sklerose in die Wagschale werfen müssen. Diese Forderung nach einem nicht pontinen Symptom oder nach einer ausgeprägteren Remission war aber nicht erfüllt. Es bestehen zwar Differenzen zwischen den einzelnen Zustandsbildern, aber es handelt sich doch immer nur um einen Wechsel zwischen den verschiedenen Pons-Symptomen, die alle durch Annahme eines doppelseitigen Ponsherdes erklärt sind, die allerdings in ihrer Intensität wechseln. Dieser Wechsel erklärt sich, wie oben gezeigt, aus dem schonenden Wachstum des Tumors, er vollzieht sich aber stets in sehr kurzen Phasen, so daß von einer ausgeprägten Remission mit erheblichem Zurückgehen oder gar Verschwinden auf längere Zeit bei den Symptomen nicht die Rede sein kann.

Der Verlauf vollzog sich überdies sehr stürmisch und rasch: akuter Beginn mit Diplopie, Kopfschmerz, Sprach- und Schluckbeschwerden, Schwäche in den Beinen, beginnendem Zwangslachen und -weinen usw.; bereits 12 Monate später Exitus, keine Remission, nur gelegentliche Schwankungen in der Intensität und schwere allgemeine Prostration. — Dieser Verlauf ist also atypisch für gewöhnliche multiple Sklerose, es käme allenfalls eine sog. akute multiple Sklerose in Frage. Solche Fälle sollen vorkommen. *Marburg*, der die akute multiple Sklerose ausführlich geschildert hat, gibt als Dauer solcher Fälle an: 26 Tage, 4 Wochen, 5 Monate, 9 Monate usw. Und bei so stürmischem Verlauf können die für die chronische Form so typischen Remissionen nur angedeutet sein oder gar fehlen; bei nur etwas protrahierteren Fällen sind sie aber meistens auch deutlich ausgeprägt. Dazu kommt nun noch, daß im Verlauf von derart akuten multiplen Sklerosen die Multiplizität der Herde meistens bald nachgewiesen werden kann. Gerade die Disseminierung wird bei der akuten multiplen Sklerose besonders deutlich, dementsprechend sind Symptomenbilder einzelner Typen

Digitized by Google

wie z. B. des pontinen hier noch seltener als bei der chronischen Form, sicherlich aber immer nur initial und von vorübergehender Dauer. Wenn also bei akutem Verlauf ohne ausgeprägte Remission keine anderen als nur pontine, oder außerdem allenfalls noch sogenannte Allgemeinsymptome, auftreten und bestehen bleiben, dann handelt es sich mit Wahrscheinlichkeit nicht um multiple Sklerose, sondern um eine Brückenerkrankung anderer Art.

3. Hydrozephalus: Wie in *Ilbergs* Fall fand sich auch in dem unsrigen autoptisch eine Verdrängung resp. Verlegung wenigstens des kaudalen Endes des Aquäduktes, die zu einer sekundären Liquorstauung und Erweiterung des kranialen Aquäduktendes und des übrigen Ventrikelsystems geführt hatte. Wenn auch an und für sich Ventrikelerweiterungen bei multipler Sklerose in schweren Fällen bekannt sind, so wäre doch durch einen klinischen Nachweis der Aquäduktverlegung die Differentialdiagnose schlagartig entschieden worden. Es ist anzunehmen, daß bei einer lumbalen Lufteinfüllung die Seitenventrikel leer geblieben wären, und daß ferner bei einer ventrikulären Einfüllung eines Kontrastreagens (Ventrikelpunktion) dieses nicht oder erst sehr spät im lumbalen Liquoranteil erschienen wäre, resp. daß es sich vor der Stenose gestaut hätte. Es fragt sich nur, ob man angesichts der starken Punktionsbeschwerden, die bereits gelegentlich der beiden einfachen Lumbalpunktionen aufgetreten waren, diese Eingriffe der Diagnose zuliebe hätte verantworten können. Solange von der Sicherstellung der Differentialdiagnose zwischen zwei prognostisch einstweilen noch gleich ungünstigen Krankheiten wie hier keine therapeutisch wichtigen Entscheidungen abhängen, dürfte sich die Anwendung dieser diagnostischen Methoden nur dann rechtfertigen lassen, wenn sie ohne erheblicheres Risiko durchführbar sind.

Wenn erst die Heilungsaussichten der multiplen Sklerose auf Grund einer wirksameren Therapie bessere sein werden wie bisher, dann wird eine solche differentialdiagnostische Studie wie die vorliegende praktisch wichtiger sein wie heute, wo sie sich lediglich als kasuistischer Beitrag von einigem wissenschaftlichem Interesse rechtfertigen kann und will.

Literaturverzeichnis.

1. *Anton* und *Wohlwill,* Multiple, nicht eitrige Enzephalomyelitis und multiple Sklerose. Zeitschr. f. d. ges. Neurologie u. Psychiatrie XII, 1912.
2. *W. v. Bechterew,* Über eine Affektion der Varolschen Brücke mit bilateraler Lähmung der willkürlichen Augenbewegungen, Zwangslachen und Zwangsweinen, sowie frühzeitiger Atrophie der rechten Unterschenkelmuskeln. (Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 1900. XVII.)

Digitized by Google

3. *Bruns,* Die Geschwülste des Nervensystems, Berlin 1908, 2. Aufl.
4. *Curschmann, H.,* Beiträge zum Formenreichtum der multiplen Sklerose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 35, 1917, Heft 4.
5. *Gierlich,* Symptomatologie u. Differentialdiagnose der Erkrankungen in der hinteren Schädelgrube, Halle 1910.
6. *Henneberg,* Beitrag zur Kenntnis der Gliome. Archiv f. Psychiatrie, Band 30.
7. *Ilberg, Georg,* Ein Fall von Gliosarkom des Mittelhirns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie, Band 122, 1929.
8. *Jolly,* Gliom im dorsalen Abschnitt des Pons und der Medulla oblongata. Archiv f. Psychiatrie 26.
9. *Klarfeld, B.,* Die Erkrankungen des Rautenhirns (spezielle Pathologie u. Therapie innerer Krankheiten, herausgegeben von *Kraus* und *Brugsch*).
10. *Krüger, O.,* Differentialdiagnose der intrapontinen Hirngeschwülste, Dissertation Berlin 1909.
11. *Maas, O.,* Ein Fall von multipler Sklerose mit pontilem Beginn. Neurol. Zentralblatt 1905, Seite 468.
12. *Marburg, O.,* Hirntumoren u. multiple Sklerose. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde, Band 68/69, 1921.
13. *Marburg, O.,* Die sogen. akute multiple Sklerose. Jahrbücher f. Psychiatrie 1906.
14. *Moeli* und *Marinesco,* Erkrankung in der Haube der Brücke usw. Archiv f. Psych., Band 24, 1892.
15. *Monakow,* Gehirnpathologie. Wien 05, 2. Auflage.
16. *Müller, E.,* Die multiple Sklerose des Gehirns u. Rückenmarks. Jena 1904.
17. *Oppenheim,* Der Formenreichtum der multiplen Sklerose. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde 52.
18. *Derselbe,* Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 7. Aufl., 1923. (Abschnitte Hirntumor, multiple Sklerose.)
19. *Derselbe,* Beitrag zur Kenntnis der Gliome. Archiv f. Psych., Band 30.
20. *van Oordt,* Beitrag zur Lehre von den Geschwülsten des Mittelhirns u. der Brückenhaube. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., Band 18, 1900.
21. *Ransohoff,* Über einen Fall von Erweichung im dorsalen Teil der Brücke. Archiv f. Psych., Band 35, 1902.
22. *Redlich, E.,* Hirntumor in Lewandowskys Handbuch, Band 3, 1912.
23. *Steiner, G.,* Über den gegenwärtigen Stand der Erforschung der multiplen Sklerose. Ergebnisse der Inneren Medizin u. Kinderheilkunde, Band 21, 1922.
24. *Stumpf, Rich.,* Histologische Beiträge zur Kenntnis des Glioms. Zieglers Beiträge zur patholog. Anatomie 1911.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

Zunahme der Heilverfahren wegen Alkoholismus — Ausbau mitteldeutscher Heilstätten für Alkoholiker. Die Durchführung von Heilverfahren nach § 1269 RVO wegen Alkoholismus hat in der Nachkriegszeit, besonders in den letzten Jahren, erheblich zugenommen. Die erzielten Erfolge sind, soweit sich bisher die Dauerwirkungen schon beurteilen lassen, befriedigend. Neben den Landesversicherungsanstalten, der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte und den Krankenkassen wendet die öffentliche Wohlfahrtspflege zunehmend Mittel für Heilverfahren gegen Alkoholismus auf. Die Erkenntnis, daß es sich bei der Heilfürsorge für Alkoholiker um eine besonders produktive Fürsorge handelt, setzt sich immer mehr durch. In einigen Teilen Deutschlands haben die Landesversicherungsanstalten in geeigneten Fällen gewissermaßen die Führung übernommen und eine Regelung herbeigeführt, nach welcher eine Drittelung der Heilverfahrenskosten zwischen jeweiligen Trägern der Invalidenversicherung, der zuständigen Krankenkasse und der öffentlichen Wohlfahrtspflege Regel geworden ist. — Auf die (meist in den Händen der freien Wohlfahrtspflege befindlichen) Heilstätten für Alkoholkranke hat diese Entwicklung einen fördernden Einfluß ausgeübt. So haben z. B. in Mitteldeutschland die »Heilstätte für Alkoholkranke Hermann Blume-Haus« (in Naumburg a. S.) und die »Heilstätte für Alkoholkranke Georg Koehler-Haus« (in Jena) die Belegungsmöglichkeit um $33^1/_3$ bis 50% des früheren Standes erhöhen müssen. Ein früheres Genesungsheim wurde in die »Heilstätte für Alkoholkranke Steinmeister-Haus« (in Naumburg a. S.) umgewandelt, und wird in Kürze dem Betrieb übergeben. Während man früher lediglich von »Entziehungskuren« sprach, bildet sich auf Grund der allmählich gesammelten Beobachtungen und Erfahrungen immer mehr eine umfangreiche spezielle Therapie der Giftsuchten, insbesondere des Alkoholismus, heraus. (Direktor *Johannes Thiken*, Jena, Postfach 118.)

Dr. *Friedrich Mauz*. **Die Prognostik der endogenen Psychosen.** Leipzig, G. Thieme. 1930. 121 S. 7.50 RM.

Gefordert wird die Heraushebung von spezialprognostischen Fragestellungen, die über den *Kraepelin*schen Standpunkt hinausgehen. Es sind zu diesem Zwecke Untersuchungen über ca. 1500 Fälle, von denen im Sinne der *Kretschmer*schen Forderung Körperbaudiagramme vorliegen, erfaßt worden.

In der Gruppe der Schizophrenien kommt es *M.* vor allem auf Kriterien der Prozeßhaftigkeit an. Diese sind 1. Daß der Kranke das Erlebnis der Krankheit als gespürtes Bedrohtsein des Ichs und seiner Einheitlichkeit hat. Oft wird dies nur durch den Ausdruck des Kranken übermittelt. Die Einzel-

Digitized by Google

symptome — Gedankenentzug, gemachte Gedanken, Willenshandlungen, Entfremdung der Wahrnehmungswelt usw. — sind *M.* dabei relativ unwichtig. 2. Der organische oder physische Charakter des Symptoms. Jedes schizophrene Symptom ist umso sicherer prozeßorganisch, je heller und besonnener es auftritt. 3. Die fortschreitende, zerstörende Tendenz. Diese hat zwei Möglichkeiten. Die Katastrophe oder den raschen, fortschreitenden Zerfall, und den Schub, der jeweils durch Stillstand abgeschlossen wird und eine treppenförmige Senkung des Persönlichkeitsniveaus bedingt. Die Katastrophe ist verhältnismäßig selten. Diese Fälle, welche zwischen dem 16. und 25. Lebensjahr beginnen, bilden die Kerngruppen der *Kraepelin*schen Dementia praecox. Vorwiegend bestehen drei Zerfallsformen: a) Die im engeren Sinne schizophrene Zerfallsweise, mit einer Häufung schizophrener Primärsymptome, dem elementaren Zerfall des Ichbewußtseins, dem Erlebnis des subjektiven Verändertseins. Diese im Kern der Persönlichkeit schizophren zerfallenden Kranken bezeichnet *M.* als schizokare Zerfallsform. Daneben stellt er die b) katatone und c) hebephrene Zerfallsweise. In die katatone Zerfallsweise können letzten Endes alle möglichen Zerfallsweisen münden, die hebephrene bezeichnet *M.* als das emotionelle schizophrene Syndrom, gebildet durch den Einsturz der Affektivität. Unter diesen Zerfallsformen ist pyknischer Körperbau nicht zu finden, während ihr Vorkommen bei den übrigen schizophrenen Verläufen immerhin 12,8% beträgt. Eine Katastrophe ist mithin nicht zu befürchten, wenn der Kranke eine pyknische Körperform aufweist. Diese Kranken sind körperbaulich entweder athletisch, leptosom (zusammen 81,3%) oder dysplastisch (18,7%, vorwiegend für die hebephrene Gruppe geltend).

Der schizophrene Schub findet sich z. T. bei Kranken, die in jeder Beziehung der vorher besprochenen Gruppe ähnlich sehen. Bei Dem. praec.-Konstitutionen ist die Rückbildungsfähigkeit gering, den pyknischen Konstitutionen kommt allgemein eine viel größere Rückbildungsfähigkeit zu. Die ersten 3 Jahre nach Ausbruch der Erkrankung sind die Zeit des Gefährdetseins, 98% der schweren und endgültigen Verblödungen treten in diesem Zeitraum ein. Bei schubförmigem Verlauf ist der dritte Schub die kritische Phase. Bringt er noch nicht schwerere Zerfallserscheinungen, so bleiben sie meist überhaupt aus. Dabei ist wichtig, daß der zweite und dritte Schub nicht unvermeidlich prozeßbedingt sein brauchen. Im Bereich der schubweisen Verlaufsformen treten das paranoische und paraphrene Syndrom in den Vordergrund, aber auch nervöse Verlaufsformen, hypochondrische, zwangsneurotische, hysterische Symptomreihen.

Für die Prognostik des manisch-depressiven Irreseins unterteilt *M.* in eine Reihe von Sondergruppen. Die abgesetzte, einmalige Depression betrifft erstens Vollpykniker mit schwingungsfähigem Temperament und unkomplizierter Heredität zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr. Die Frische und Vitalität ihres gesunden Vorlebens setzt eine günstige Prognose für die Krankheit, die in ihrem Erscheinungsbild von der vitalen, tiefen Schicht beherrscht wird. Komplizieren können in erster Linie körperliche Noxen.

Die zweite Gruppe einmaliger Depression, die wesentlich länger, nämlich über mehrere Jahre sich hinzieht, wurde vor allem bei Frauen beobachtet zwischen dem 3. bis 4. Lebensjahrzehnt mit asthenischem Körperbau, unklarer Heredität, die vor der Erkrankung still, ernst, pedantisch, ängstlich waren. Ängstliche Unruhe tritt im Krankheitsbild viel stärker hervor. Der

Digitized by Google

körperliche Zustand ist besonders schlecht. Damit sind nach *M.* die einmaligen Depressionen in ihrer Gruppierung aber noch nicht erschöpft.

Einmalige endogene Manien sind seltener. Eine Gruppe hat ihr Erkrankungsalter zwischen dem 16.—22. Lebensjahr. Schwere Zustandsbilder, Dauer 3—6 Monate. Eine andere Gruppe steht möglicherweise in Verbindung mit exogenen Momenten.

Die zweimaligen Depressionen nehmen den mehrmaligen gegenüber eine gewisse Sonderstellung ein. Es erkranken überwiegend Frauen mit pyknischem Körperbau, schwankungsfähigem Temperament, typisch zirkulärer Heredität. Ihre Ersterkrankung liegt um das 20. Lebensjahr und ist meist reaktiv mit irgendwelchen Ereignissen verknüpft. Im Verlauf leicht, Dauer 8—10 Wochen. Die große Depression ereignet sich zwischen dem 45. und 55. Lebensjahr. Komplikationen sind nicht wesentlich außer Erkrankungen des Herzgefäßsystems; einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von 5 bis 6 Monaten folgt oft eine psychogene Nachperiode.

Die mehrmaligen Depressionen sind relativ selten in reiner Form. Stärker endogen-reaktiv gemischt in ihren Phasen. Entsprechend wichtig die therapeutische Ordnung der Lebenssituation. Drei weitere Unterformen muß ich hier übergehen.

Die periodischen Manien, zwischen dem 18. und 22. Lebensjahr beginnend und mit 1—3 jährigen Abständen von weiteren Anfällen gefolgt, zeigen meistens nicht besonders schwere Zustandsbilder. Daneben gibt es bei körperbaulichen Mischformen eine andere Gruppe mit Verworrenheit und katatonen Symptomen.

Zahlenmäßig weitaus am häufigsten und prognostisch am schwierigsten sind die zusammengesetzten Formen. *M.* unterscheidet hier etwa fünf Unterformen. Ein weiterer Abschnitt ist den vorwiegend chronischen Depressionen und chronischen Manien gewidmet. Die Ergebnisse in diesen Kapiteln erscheinen noch sehr bruchstückhaft.

In einem besonderen Abschnitt hebt *M.* als verlaufsgestaltende Faktoren nochmals besonders hervor: das prämorbide Persönlichkeitsbild, die Geschlossenheit der diathetischen Proportion, die Tiefe der Endogenität, die Bedeutung der körperlichen Geschehnisse, situative und psychogene reaktive Momente. Im Anhang wird zu den schon vorhandenen Nomenklaturen nochmals eine besondere vorgeschlagen. *Philipps*-Bethel.

Forel-Fetscher, Die sexuelle Frage. 16. vollkommen neu bearbeitete Auflage. Verlag von Ernst Reinhardt, München. Große Ausgabe in Leinen RM. 15.—. 588 S. 1931.

Das bekannte Werk ist in 16. Auflage erschienen. Über seine Verbreitung sei nur gesagt, daß es bisher in über 200000 Exemplaren abgesetzt wurde. Die 16. Auflage ist gänzlich neu bearbeitet, erweitert und ergänzt. Die neueren wissenschaftlichen Arbeiten und Erkenntnisse auf dem Gebiete des Sexuallebens wurden herangezogen. Die Veränderungen der sozialen und rechtlichen Lage, wie sie der Weltkrieg und die darauffolgende Krisenzeit mit sich brachten, werden berücksichtigt. Der jungen Generation wird dadurch das Werk näher gebracht. Prof. *Fetscher*-Dresden, der bekannte Sozialhygieniker, besorgte diese neue Auflage. Der Verleger Reinhardt trug eine biographische Skizze über *August Forel* bei.

Digitized by Google

In den einleitenden Kapiteln wird die Fortpflanzung der Lebewesen, Keimgeschichte, ihre Evolution oder Deszendenz (Stammesgeschichte) behandelt, Ausführungen über naturhistorische Bedingungen und Mechanismus der menschlichen Begattung, Schwangerschaft usw. folgen. Dann wird der Geschlechtstrieb, die sexuelle Liebe und die übrigen Ausstrahlungen des Geschlechtstriebes im Seelenleben des Menschen abgehandelt. Eine Schilderung der Ethnologie, Urgeschichte und Geschichte des menschlichen Sexuallebens und der Ehe, und ein kurzes Kapitel über die sexuelle Evolution schließen sich an. Auf die sexuelle Pathologie wird ausführlicher eingegangen. Weiter wird der Rolle der Suggestion im Sexualleben gedacht. Andere Kapitel berichten über die sexuelle Frage in ihrem Verhältnis zum Geld oder zum Privatbesitz und zum Kriege. Geldehe, Prostitution usw. Weltkrieg. Einfluß der äußeren Verhältnisse auf das Sexualleben. Dann folgen Darlegungen über: Religion und Sexualleben, Recht im Sexualleben. Medizin und Sexualleben. Sexuelle Hygiene. Sexuelle Ethik oder sexuelle Moral. Die sexuelle Frage in der Politik und Nationalökonomie, in der Pädagogik. Sexualleben und Kunst. Ein Kapitel: Rückblick und Zukunftsperspektive und »Utopische Gedanken über die ideale Zukunftsehe« beschließen das Werk.

Schon diese Aufzählung läßt die Reichhaltigkeit des Buches ahnen. Wohl kein Gebiet, das Beziehungen zum Sexualleben hat, ist außer Acht gelassen. Die sicheren Tatsachen werden also gekennzeichnet, an Problemen wird nicht vorübergegangen. Theorie und Praxis, Vergangenheit und Gegenwart kommen zu ihrem Recht. Die Darstellung ist einfach, klar und verständlich, ohne doch wissenschaftliche Gründlichkeit vermissen zu lassen. Deshalb kann das Buch allen, dem Laien wie dem Wissenschafter etwas geben.

Fetscher hat es verstanden, durch gründliche Überarbeitung das Werk auf den Stand der Jetztzeit zu bringen, ohne ihm aber das zu nehmen, dem es seine großen Erfolge verdankt: den hohen sittlichen Ernst und die eindringlich-überzeugende Art, in der es der Altmeister *Forel* zu uns sprechen ließ.

Werner-Hochweitzschen.

Schultz-Hencke, Harald. Schicksal und Neurose, Versuch einer Neurosenlehre vom Bewußtsein her. Verlag von Gustav Fischer, Jena. Brosch. 7.50, geb. 9.— RM. 156 S. 1931.

Das Buch des Verfassers stellt einen neuartigen und interessanten Versuch dar von den empirischen Tatbeständen des Bewußtseins ausgehend mit psycho-analytischer Methodik, die von der Psycho-Analyse behaupteten Tatbestände zu entwickeln und daraus die Entstehung und das Wesen der Neurose zu erklären.

In einer längeren Einleitung weist Verfasser darauf hin, daß Theoriebildung nicht mit empischem Material verwechselt werden darf, und daß die Psycho-Analyse vom Fundament empirischer Einsichten ausgehen müsse und daß ihr Wahrheitsgehalt immer abhängig sei von der Kontrolle durch die empirische Realität. Des weiteren wird die Bedeutung des Unterbewußtseins erörtert, auch hinsichtlich seiner therapeutischen Verwertbarkeit. Der weite Umfang des prägenitalen Gebietes und der prägenitalen Triebtendenzen innerhalb der Neurosenlehre wird dann genauer besprochen. Auf isolierte Verdrängungen des prägenitalen Gebietes können starke charakterliche Veränderungen zurückgeführt werden. Die Neurose ist ein gesamtmensch-

Digitized by Google

liches Schicksal, ihr als dem Inneren, muß das Schicksal als Äußeres gegenübergestellt werden. Gefühls- und Denkerlebnisse entstehen durch Zusammenfassung von rezenter, innerer und äußerer Situation mit den dazu gehörigen unbewußten Anteilen. Die Bewußtseinsoberfläche d. h. die rezente innere und äußere Situation ist ebenfalls auf neurotische Konstellationsbestandteile zu untersuchen und das Hauptgewicht der Analyse darf nicht nur auf Erinnerung oder gar auf unbewußte Erinnerung gelegt werden.

Der allgemeine Teil behandelt dann zunächst die Bedeutung der Angstreflexe. Der Angstreflex oder besser gesagt die Gesamtheit typischer Angstreflexe bildet den Kern der Neurose. Der Neurotiker hat relativ zuviel Angstreflexe, worauf die Inkonsequenzen des gedanklichen, des Willens und des Phantasielebens des Betreffenden hinweisen. Traum und Traumdeutung weisen ebenfalls nachdrücklich darauf hin, wo bei einem Menschen neurotische Angstreflexe vorliegen. Angstreflexe verhindern normale Impulse an ihrem normalen Verlauf, sie hemmen besonders auch die Triebe. Vor allen Dingen werden drei Impulsgruppen durch Angstreflexe verhindert:

1. die genitalen Impulse,
2. die aggressiven Impulse,
3. die Impulse des Besitzwillens.

Sie werden unter Erweiterung des Begriffes sexuell auch als sexuelle Triebtendenzen in der psycho-analytischen Terminologie zusammengefaßt und in Verbindung mit vielfach dazu gehörigen Erlebnissen aus der Kinderzeit wird das aggressive Gebiet auch als sadistisches und das Gebiet des Besitzwillens als anales bezeichnet, das noch durch ein orales und urethrales Triebgebiet erweitert werden kann.

Die Neurosen können als Gesamtheit genitaler, aggressiver und besitzwollender Impulse aufgefaßt werden.

Dabei wirkt die Verhinderung von aggressiven Impulsen durch zugehörige Angstreflexe am schwersten destruierend. Ein Mensch, dessen Expansionsdrang durch Angstreflexe reduziert ist, wird dann weiterhin unselbständig, bequem und faul werden, sich daran gewöhnen und an dieser passiven Rolle hängen bleiben. Im Gegensatz zum normalen und arbeitenden Menschen, der Unlust auf sich nimmt um späterer Lust willen, weiß der Neurotiker nicht, was Arbeit ist. Die Bequemlichkeit resultiert daher als Konsequenz des Angstreflexes und des Impulsmangels. Als 3. Konsequenz resultieren dann »die Riesenansprüche«, die in Form von extremen Erwartungen, Hoffnungen und Ansprüchen in ihm entstehen und wuchern, weniger in heller, klarer Phantasie, sondern in vagen dunkleren Phantasiebildern. Diese Ansprüche decken sich ziemlich mit den als »Fixierung« von *Freud* und seinen Schülern bezeichneten Tatbeständen. Der 4. Abschnitt behandelt dann die Rolle der Träume und im nächsten Abschnitt »Ansätze zu einer speziellen Neurosenlehre« wird weiter ausgeführt, daß sämtliche Symptome einer Neurose aus Elementen zusammengefaßt sind, die zu den Impulserlebnissen gehören und durch Angstreflexe verhindert worden sind. Dabei muß man immer auf die prädisponierenden Erlebnisse und Erlebnisreihen der frühesten Kindheit zurückgreifen. An dem Schema eines Falles von chronischer Impotenz werden diese Gedanken dann noch weiter erläutert, ausgeführt und ergänzt. *Liebers*-Zschadraß.

Digitized by Google

Nosokomeion nennt sich eine im Verlag von W. Kohlhammer-Stuttgart erscheinende internationale Vierteljahresschrift für Krankenhauswesen, dessen 1. Band 1930 und dessen 2. Band 1931 erschienen ist. Die Schriftleitung liegt in den Händen von *Alter*-Düsseldorf, *Corwin*-New York, *Gouachon*-Lyon, *Orde*-London und *Sand*-Paris. Nach der Einführung *Alters* soll das Krankenhaus ein Mittelpunkt volkswirtschaftlich gedachter Gesundungsfürsorge, planmäßiger Gesundheitswirtschaft sein. Es genügt nicht mehr, daß das Krankenhaus lediglich von dem klinischen Geist beseelt ist, dem man seine bisherige Entwicklung verdankt. Sozialhygienisches Denken und fürsorgerisches Empfinden und Handeln müssen an allen Stellen wirksam sein, da doch die Volksgesundung die maßgeblichste Bedingung einer gesunden Volkswirtschaft ist. Sozialhygiene und Gesundheitsfürsorge sind Gebiete weit gespannter internationaler Gemeinschaftsarbeit geworden. Nicht mehr darauf soll sich das Krankenhaus beschränken, Organe auszubessern, es soll Menschen und über den einzelnen hinaus die Gesellschaft sanieren und in fürsorgerischem Geist sozialhygienischer Arbeit die ideelle Gesundungszentrale seines Bezirkes sein. Da muß auch die offene Fürsorge an die geschlossene planmäßig angegliedert sein. Im Krankenhaus soll jeder Kranke Kranker des ganzen Hauses sein, nicht nur irgendeiner Abteilung, allen im Krankenhaus gegebenen fachärztlichen Untersuchungen und Arbeitsstätten muß er zugeführt werden, eine Erziehungsanstalt soll das Krankenhaus werden, durch die nachstehende Kontrolle des Fürsorgedienstes soll der Heilerfolg des Gesundbleibens gesichert werden, wie das das amerikanische Krankenhaus mehrfach schon tut. In der Krankenhausleistung soll die Seele, die Persönlichkeit des Kranken besondere Bedeutung gewinnen. — *Siebeck* erinnert in einem Artikel über die Persönlichkeit des Kranken und das Krankenhaus daran, daß es nicht nur vom Zustand seiner Organe abhänge, was ein Kranker leidet, sondern auch von psychischen Momenten und von der persönlichen Einstellung des Betreffenden zum Leben. Wirken doch psychische Einflüsse nicht nur auf Stimmung und Laune, sondern auch auf den Ablauf körperlicher Vorgänge, auch auf solche, die dem Bewußtsein, der Willkür völlig entzogen sind, und zwar nicht nur bei Nervösen und Psychopathen, sondern auch bei psychisch Gesunden und nur körperlich Kranken. Man müßte die Lage der einzelnen Persönlichkeit im Krankenhaus verstehen, um über Vorteile und Nachteile der Krankenhausaufnahme zu entscheiden, um den Kranken im Krankenhaus richtig zu beurteilen und zu behandeln. Auch hier kommt sehr viel auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken an, sehr viel liege an dem ärztlichen Leiter, der auch für die Assistenten und das Pflegepersonal verantwortlich sei. Die enge Gemeinschaft mit Mitkranken auf den gemeinsamen Abteilungen kann günstig wie ungünstig wirken; wesentlich sind richtige Verteilung der Kranken, Abtrennung Schwerkranker und Sterbender, Sorge für Zucht, Ordnung und entsprechende Beschäftigung Leichtkranker. Außer der Behandlung erfordert die Persönlichkeit des Kranken auch eine gewisse Erziehung zu Körperpflege, Körperübung, richtiger Ernährung usw. Über den Aufenthalt im Krankenhaus hinaus sollte dem Kranken für sein Leben im Haus und in der Arbeit geholfen werden. Der 1. Band enthält außer anderem Aufsätze von *Tandler*-Wien: über Krankenhaus-Psychologie, von *Wendenburg*-Gelsenkirchen: über die psychische Einstellung des

Digitized by Google

Kranken in dem Problem des Zusammenwirkens von offener und geschlossener Fürsorge und von *Kerschensteiner*-München: große oder kleine Krankenhäuser? In einem Aufsatz über Fürsorge für Geistesabnorme bespricht *Alter* namentlich die *Griesinger*schen Vorschläge über die Angliederung psychiatrischer Abteilungen an allgemeine Krankenanstalten. Er geht davon aus, daß die Zahl der Geisteskranken sowohl absolut wie in der Relation zu Bevölkerungsziffer und Morbiditätskontingente in allen Ländern der weißen Rasse, auch in den Vereinigten Staaten und in Südafrika, ständig wächst, daß aber die von *Griesinger* schon vor 60 Jahren verlangte Differenzierung der Geisteskranken vor der Aufnahme in die Irrenanstalt noch nicht genügend erfüllt ist. *Griesinger* wollte das Stadtasyl für die frisch Erkrankten in Form von Pavillons, die in ihrer Einrichtung allein dem Behandlungszweck dienen und sonstigen Hospitälern entsprechen, und zwar in tunlichster Verknüpfung mit einem anderen Krankenhaus; die Irrenanstalt sollte dagegen nur für die chronischen Fälle und für langfristige Verpflegung bestimmt sein. Zwischen Stadtasyl und Irrenanstalt sollte nicht der Begriff der Heilbarkeit das Scheidungsmoment sein, sondern die höchstmögliche Abkürzung der geschlossenen Fürsorge. Während im Jahre 1929 *Neisser* gefordert habe, daß mit allen Kräften die möglichste Verkürzung der Verpflegungsdauer des einzelnen Falles angestrebt werden müsse, dies aber nur im Rahmen der gut und vollständig eingerichteten Heil- und Pflegeanstalten von der Art, wie wir sie haben, erreichbar bleibe, erklärt *Alter*, daß der Irrenanstalt nach ihrer Lage und Struktur bei ihrer überwiegenden Zahl der Aufnahmen und Entlassungen die Maßnahme des hospital-sozial-service's, das ist Vorsorge und Nachsorge, nicht möglich sei. Vorsorge ist das Aufsuchen des Kranken und Erhebung der Anamnese in seiner Wohnung durch den Arzt des Stadtasyls schon vor seiner Aufnahme, Nachsorge die Gewährung jeder möglichen Hilfe zum Gesundwerden und Gesundbleiben über die Rekonvaleszenz hinaus und unter der Regie des Krankenhauses (moderne offene Fürsorge *Kolbs* bzw. *Wendenburgs*): follow-up-system der USA. Nicht neue Irrenanstalten oder Erweiterungen derselben seien nötig, sondern psychiatrische Abteilungen in allen größeren Krankenhäusern, mindestens in einem jedes großen Kommunalverbandes, tunlichst auch in Landkreisen. So würde der Psychiater aus der Etappe an die Front gebracht. Der in jedem größeren Kommunalverband anzusiedelnde Psychiater müßte auch Eheberatung, Eugenik, Trinkerfürsorge übernehmen und eine klinische Abteilung sowie eine Poliklinik (Ambulatorium) im Krankenhaus erhalten. Oft könne dann Aufnahme in geschlossene Fürsorge z. B. durch Umsiedlung in Familienpflege vermieden werden. Günstig zu beeinflussende Fälle habe der regionäre Psychiater an die psychiatrische Abteilung des allgemeinen Krankenhauses, die langwierigen und hoffnungslosen Fälle in die Irrenanstalt zu leiten — ob direkt oder nach Passage der Krankenhausabteilung, sei von Fall zu Fall zu entscheiden. Auch die zur Entlassung vorbereiteten Fälle aus der Irrenanstalt müsse diese Zwischenstation zunächst aufnehmen und der Nachsorge zuführen. Zwischen der psychiatrischen Abteilung, der allgemeinen Krankenanstalt und der Irrenanstalt müsse ein regelmäßiger Arztwechsel eintreten, was für die unerfreuliche und seiner Leistung abträgliche Isolierung des Psychiaters von größter Bedeutung wäre. Das ganze System der Irren-

Digitized by Google

fürsorge sei einer zentralen Stelle zu unterstellen, was auch den großen Vorteil der Einheit der finanziellen Regie hätte. Eine neue Irrenanstalt mit 500 Betten koste 5 Millionen Mark, ein Neubau von 10 psychiatrischen Abteilungen zu je 50 Betten aber nur $2^1/_2$ Millionen Mark. Für große Kommunalverbände hätte schon *Griesinger* Stadtasyle von 120—150 Betten, in der Regel solche von 30—60 Betten vorgesehen. Das Mehr an Personal würde sich durch Abkürzung der Verpflegdauer, Fortfall vieler Transporte und rascher Ausbreitung der offenen Irrenfürsorge bezahlt machen.

Im Jahrgang 1931 behandelt das Nosokomeion im 1. Heft die Beziehungen zwischen ärztlichem Beruf und Krankenhaus, und zwar spricht *Sudhoff* über die geschichtliche Entwicklung dieser Beziehungen. Über die einschlägigen Verhältnisse in Nordamerika, Frankreich, Italien, England, Deutschland und Japan wird von maßgebender Seite berichtet. — Im 2. Heft wird die Krankenpflege im Krankenhaus der verschiedenen Staaten behandelt; die deutschen Verhältnisse bespricht Oberin Dr. *E. v. Abendroth*. Aus St. Louis wird über die römisch-katholische Krankenschwester, aus Kaiserswerth über die Diakonisse berichtet. Ein Schweizer Arzt äußert sich über die wirtschaftliche Lage der Krankenhausschwester, ein ärztlicher Verwaltungsdirektor über die Stellung der Schwester im Krankenhaus, ein Mitglied des Reichsgesundheitsrats über die Krankenpflege im Krankenhaus. Ein Rechtsanwalt behandelt die Rechtsverhältnisse des Pflegepersonals; die ethischen Bedingungen in der Krankenpflege werden skizziert. Landesrat v. *Hugo* schildert Entwicklung und Stand der Krankenpflege in Krankenhäusern für Geistesabnorme; leider geht er auf die gediegene Ausbildung der Schwestern und Pfleger, wie sie sich im Staat Sachsen bewährt und zu einer Einstufung des Irrenpflegepersonals in die Beamtenkategorie geführt hat, nicht ein; auch die einschlägigen bayrischen Verhältnisse sind beachtlich.

Ein Sonderheft enthält die Referate und Vorträge des vom 8.—14. Juni 1931 unter dem Vorsitz von *Sand*-Paris in Wien abgehaltenen 2. internationalen Hospital-Kongresses. Hier wurde das Grundproblem des Krankenhausbaues besprochen. Statistische Angaben wurden gegeben über den gegenwärtigen Stand der Krankenpflege im Krankenhaus aller Länder der Welt. Die Vereinheitlichung der Nomenklatur im Krankenhauswesen wird befürwortet, die verschiedenen Hilfsdienste im Krankenhaus werden dargestellt. Auch auf Seelsorge, Beschäftigungsbehandlung, Leibesübungen im Krankenhaus und den Fürsorgedienst in engerem Sinne wird eingegangen. Es fehlt nicht eine Kostenberechnung im Krankenhaus, insbesondere über die Krankentageskosten, und zwar berichtet hier *Gouachon*-Lyon über die französischen, belgischen und englischen Verhältnisse. *v. Norden*-Wien spricht in sehr interessanter Weise über das auch bei Nervenkranken wichtige Kapitel der Ernährung in großen allgemeinen Krankenhäusern und erörtert das Kapitel der Ausbildung von Diätassistentinnen. *Alter* gibt eine Übersicht des aktuellen Problems der Stellung der Neurologie und Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus und fordert planmäßige Angliederung dieser beiden Disziplinen in das Arbeitsbereich. Über das Zusammenwirken von Sozialversicherung und Krankenhaus referiert *Layton*-London und über Krankenhaus und

Digitized by Google

Poliklinik *Corwin*-New York; die dem Krankenhaus angeschlossene Poliklinik sei die unbedingte Voraussetzung zu präventiven Leistungen.

Ein weiteres Heft des Nosokomeion ist dem Bau und der Einrichtung der Krankenhäuser gewidmet und bringt Berichte über die Entwicklung des Krankenhausbaues in Frankreich, England, den Vereinigten Staaten, Italien und Deutschland. In weiteren Arbeiten wird gegen den Vielbettensaal und für das Einzelzimmer plädiert. Die Poliklinik soll beruflich wie administrativ in den Komplex des Krankenhauses gehören. *Großmann*-Berlin, *Hirsch*-New York und *Holfelder*-Frankfurt behandeln den gesamten baulichen und instrumentalen Fragenkomplex der Radiologie. (*Holfelder* fordert eine mit einer Anzahl von Betten ausgestattete zentrale Röntgenabteilung unter Leitung des Röntgenfacharztes für das kleine und mittlere allgemeine Krankenhaus und verwirft eine völlige Dezentralisation des Röntgenwesens. Nur bei großen Krankenhäusern mit Pavillonsystem seien noch einzelne spezielle Röntgenabteilungen zuzulassen, die aber auch von einem hauptamtlich tätigen Facharzt zu leiten sind. Da die Frage der Abgrenzung zwischen Röntgentherapie und *Curie*-Therapie heute noch in vollem Fluß sei, sei zu empfehlen, im gegenwärtigen Moment nicht allzu große Kapitalien für den Einkauf von Radium festzulegen.) — *Laufer*-Berlin-Siemensstadt bringt einen Artikel über die Starkstromtechnik: Beleuchtung, Kraftversorgung, Elektrowärme (Heizen, Kochen, Backen usw.) im Krankenhaus. *Véron*-Paris erinnert daran, daß die bisherige Art der Heizung und Lüftung sich im wesentlichen nach Bestimmungen des Kohlensäuregehaltes der Luft und der Temperaturmessungen regele. Für das Behaglichkeitsgefühl im Zimmer seien dagegen die Bestimmungen der Geschwindigkeit, des Feuchtigkeitsgehaltes der Luft, der Temperatur und Beschaffenheit der Wandstrahlung ausschlaggebend; das Thermometer könne die Wirkung der Heilung durch Strahlung von Wärmekörpern allein nicht bestimmen. Das Behaglichkeitsgefühl hänge ab von der Temperatur und Entfernung der umgebenden Wand sowie vom Feuchtigkeitsgehalt der Luft und der Luftgeschwindigkeit. Abmessungsmethoden und Berechnungsformeln werden angegeben. — *Alter* behandelt den Krankenhausbau als funktionelles Problem: Pflegeeinheit, den gesamten übrigen Raumzubehör des Krankenhauses und den Bezirk, in den das Krankenhaus gestellt ist. Er tritt für den Hochbau ein mit Einbeziehung der Küchenanlage. Mit *Frey* ist *A.* überzeugt, daß die Entwicklung der Pflegeeinheit aus Einzelzimmern eine der wichtigsten Bauaufgaben ist. — *Kandzia* befürwortet in einem Artikel über Personalwohnungen im Krankenhaus und in der Heilanstalt als administratives Problem und Bauaufgabe eine weitgehende Lockerung des Logiszwanges, ohne daß aber für die Kranken dadurch Schaden entsteht. Die Personalwohnzimmer innerhalb der Anstalten sollen in besondere Gebäude verlegt werden (Ärzte-, Schwestern-, Pfleger- und Angestelltenheim); verheiratetes Personal soll durchweg außerhalb des Anstaltsgeländes wohnen, ebenso lediges Personal, bis auf die unbedingt erforderlichen Kräfte. Nur wo Anstalten weit abgelegen liegen, sei der Internatscharakter in größerem Umfange aufrechtzuerhalten. Wenn möglichst viel Personal draußen wohne, würde die Bausumme bei der Errichtung neuer Krankenhäuser niedriger gehalten und auf die verbleibenden Personalwohnungen und Personalwohnzimmer hinsichtlich Anlage und Ausstattung größerer Wert

Digitized by Google

gelegt werden können. — *Wetzel*-Stuttgart endlich bespricht die Abteilung für geistig Abnorme im allgemeinen Krankenhaus als Bauaufgabe. Während innerhalb des Hochbautyps des allgemeinen Krankenhauses Verteilung der einzelnen Abteilungen auf der Vertikalen im Vordergrund stünde, müßte die Trennung der Geschlechter in der genannten Abteilung auf alle Fälle auf der Horizontalen erfolgen, wobei auch die Benutzung des gemeinsamen Treppenhauses für Frauen und Männer zu vermeiden sei. Bei der horizontalen Bauweise kann auch eine zweckmäßige Einrichtung der mit den Abteilungen eng zu verbindenden Gärten und Höfe erfolgen. Zu trennen seien die geschlossenen ruhigen und die geschlossenen unruhigen Abteilungen sowie die räumlich eng damit verbundene neurologische (offene) Abteilung. Das Bedürfnis nach Einzelräumen mit allen Einrichtungen des Krankenzimmers, aber auch mit den besonderen Erfordernissen für laute und unruhige Kranke sei sehr groß. Große Überwachungssäle seien nicht zweckmäßig. Zu beachten sei auch bautechnisch, daß den symptomatischen Psychosen oft eine ansteckende Krankheit zugrunde läge. Wenngleich die Abteilung für geistig Abnorme Schutz- und Abwehrmaßnahmen gegen unruhige und gefährliche Kranke nicht entbehren könne, müsse doch mit allen Mitteln der Charakter des Krankenhauses bewahrt bleiben. Die neurologische Abteilung, welche außer den üblichen organisch-neurologischen Erkrankungen psychiatrische Grenzfälle aufzunehmen habe, welche in der Nähe der geschlossenen Abteilung behandelt werden müßten, sei als offene Abteilung zu halten; eine enge räumliche Verbindung nach der Inneren Abteilung sei zu erstreben. Die Abteilung für geistig Abnorme im allgemeinen Krankenhaus biete keinen genügenden Platz für landwirtschaftliche Arbeiten, aber auch die Ausgestaltung der Arbeitstherapie müsse beim Bau berücksichtigt werden.

Man sieht aus alledem, daß die Idee, eine internationale Vierteljahrsschrift für Krankenhauswesen zu schaffen, bereits mancherlei schöne Früchte gezeitigt hat. Manche Kapitel müssen noch vertieft werden, neue Fragen werden auftauchen, gewiß auch mit Vorteil für das Irrenwesen, die Behandlung von Nervenkranken, die Ausbildung und Stellung des Irrenpflegepersonals. Allerlei bauliche, technische und finanzielle Gesichtspunkte können im Nosokomeion vor einem großen Interessentenkreis erörtert werden. Die Arbeiten sind in Deutsch, Englisch oder Französisch geschrieben, jedes Manuskript bringt eine Zusammenfassung in der gebrauchten Sprache, deren Übersetzung in die 2 anderen genannten Sprachen angefügt ist. Wir wünschen dem Unternehmen guten Erfolg. *G. Ilberg.*

Der 11. Band des Handbuches für Geisteskrankheiten von *Bumke* ist unter der Redaktion von *Spielmeyer* von 12 hervorragenden Gehirnanatomen in mustergültiger Weise bearbeitet worden und unter dem Namen: »Anatomie der Psychosen« erschienen. Tatsächlich umfaßt die ausgezeichnete Arbeit auch die Anatomie eines großen Teils der Nervenkrankheiten: der Enzephalitis (*Spatz*), der multiplen und diffusen Sklerose (*Steiner*), der Syphilis des Gehirns und seiner Häute (*Jakob*), der Epilepsie (*Scholz*), der extrapyramidalen Erkrankungen (*Hallervorden*). Das umfangreiche Werk stellt gewissermaßen den zweiten Abschnitt von *Spielmeyers* Histopathologie des Nervensystems dar, dessen allgemeiner Teil mit 316

Digitized by Google

zum Teil farbigen Abbildungen 1922 in demselben Verlag von Springer herauskam. — Die Intoxikationen und Infektionen wurden von *Weimann*, die Hirnverletzungen von *Neubürger* und *v. Braunmühl* verfaßt, umfassende Bearbeitungen fanden die progressive Paralyse von *Jahnel* und die Idiotie von *Schob*. Über Arteriosklerose berichtete *Neubürger*, über senile Demenz und Alzheimersche Krankheit *Grünthal* und über die Picksche Krankheit *v. Braunmühl*.

Es ist leider unmöglich, im Rahmen eines Referates auf alle Kapitel einzugehen, so wertvoll jedes einzelne ist. Den Lesern dieser Zeitschrift wird zunächst eine Besprechung der *Spielmeyer*schen Einführung zur anatomischen Krankheitsforschung in der Psychiatrie willkommen sein. Hier hebt der Verfasser hervor, daß die Fälle für die pathologische Anatomie der betreffenden Psychosen natürlich nicht verwendet werden dürfen, bei denen dem Tode schwere Infektionen oder längeres Siechtum vorausgingen. Menschen mit längerer Agone zeigen »Erbleichungen« im Rindenband, die mit einer schon längere Zeit bestehenden Psychose nichts zu tun haben. Auch der akuten amöboiden Umwandlung der Gliazellen mit oder ohne schwere Ganglienzellenerkrankung liegen vermutlich Schädigungen zugrunde, die nicht mit der betreffenden psychischen Krankheit zusammenhängen, da sie sich sowohl bei akuten Schüben der Dementia präcox, der Paralyse, der Epilepsie wie bei schweren Allgemeinschädigungen bis dahin geisteskranker Personen z. B. nach Verbrennungen und Vergiftungen finden. Kreislaufskollaps nach starken psychomotorischen Erregungszuständen kann bei grundverschiedenen Krankheiten akute Nekrobiosen im Gehirn hervorrufen, ohne sich auf den Grundprozeß der Psychose zu beziehen. Verschiedene Gehirne, auch desselben Lebensalters, führen bald mehr, bald weniger lipoide Substanzen in den Adventitiaelementen oder auch in den Gliazellen, ohne daß man weiß, ob dies physiologisch oder pathologisch ist. Andere Male läuft es auf quantitative Abmessungen zwischen physiologisch und pathologisch hinaus, so bei herdförmigen Erkrankungen z. B. bei Arteriosklerose des Gehirns, bei den Effekten funktioneller Kreislaufstörungen. Die qualitative Analyse berücksichtigt die Einzelheiten des Gesamtbildes, den Inhalt der verschiedenen Gewebsteile, wobei symptomatische Einzelheiten nicht überschätzt werden dürfen; wenn diese auch besonders aufdringlich erscheinen, brauchen sie noch keine spezifischen Merkmale der Krankheit zu sein. Neben ihrer Art gehört zum Wesen der Krankheit ihr Sitz und ihre Ausbreitung (Encephalitis epidemica); offenbar hat das Nervensystem in seinen verschiedenen Teilen bestimmten Noxen gegenüber eine besondere Vulnerabilität. Prozesse degenerativer Art, entzündliche und zirkulatorisch bedingte Veränderungen können den Bau ihres Sitzes treffen, indem die eine wie die andere überwiegend die Rinde oder überwiegend das Mark oder überwiegend die basalen Ganglien befällt; die topographische Forschung der Krankheitsprozesse ist ein notwendiger Hauptteil der pathologischen Anatomie. Zurzeit können wir mikroskopisch nur die klinischen Krankheiten der Paralyse, der Hirnlues, der arteriosklerotischen Psychose, verschiedener Idiotieformen und mancher seltenerer Prozesse bestimmen. Im senilen Gehirn kommen verschiedene Krankheitsformen vor. Die anatomischen Befunde der klinisch abgegrenzten jugendlichen Verblödungsprozesse sind dürftig, ebenso anderer klinisch unterscheidbarer Krankheitsvorgänge. Meist können wir dem Defektbild nicht ansehen, wie ein Ausfall, eine Atrophie

Digitized by Google

oder Sklerose entstanden ist; gleichen sich doch in dem Schaden, den sie hinterlassen, entzündliche, zirkulatorische und rein degenerative Prozesse in hohem Maße. Wir müssen deshalb versuchen, pathogenetische Studien möglichst früher Phasen der betreffenden Krankheit zu Gesicht zu bekommen und den Prozeß durch alle Phasen hindurch bis zum Endbefund verfolgen, um eine kontinuierliche Entwicklungsreihe der Veränderungen zu gewinnen. Von Wichtigkeit ist es auch, bei Sektionen psychisch Erkrankter die Beschaffenheit anderer kranker Organe als die des Gehirns zu studieren. Da das Studium der Rinde besonders schwer ist, empfiehlt es sich, auch einfacher gebaute Teile des Zentralnervensystems zu untersuchen, z. B. Kleinhirn, Ammonshorn, Nucleus dentatus, Olive. — Sehr interessant ist, daß es Nekrosen vom Typus zirkulatorischer Ausfälle gibt, ohne grob mechanischen Abschluß von der Zirkulation, ohne materielle Lumenverlegung des Gefäßrohres, lediglich infolge funktioneller Kreislaufstörungen. Ein Gefäßkrampf kann, wenn er lang und intensiv genug ist, das Gewebe zugrunde richten, wie bei den über beide Teile des Großhirnmantels und auch des Kleinhirns ausgedehnten akuten Nekrosen, die auf vasomotorische Störungen, die kurze Zeit vor dem Tode einsetzten, zurückzuführen sind, auf Gefäßkrämpfe und auch auf daran anschließende Gefäßlähmungen. — Substantielle Folgen von Kreislaufstörungen gewähren auch einen Einblick in den epileptischen Krampfmechanismus. Die an und für sich unspezifische Ammonshornsklerose findet sich nur, wenn Krämpfe mitspielten, und zwar bei Epilepsie, bei Chorea, bei Keuchhusteneklampsien. Beim epileptischen Krampf müssen Kreislaufstörungen mit im Spiele sein; zeigt doch das Ammonshorn nach schweren Anfällen frische Veränderungen, die mit alten Anfällen der gleichen Lokalisation übereinstimmen. Interessanterweise können andere Kreislaufstörungen die gleichen Ammonshornveränderungen bewirken, wie die epileptischen Krampfanfälle. Epilepsien, bei denen nur Absenzen vorkamen, oder deliriöse Zustände ohne Krampf, zeigen die Ammonsveränderungen nicht.

Erstaunlich bleibt, daß man bei manchen groben psychischen Defekten, wie Verblödungen bei Dementia präcox, auch bei bestimmten Fällen von Idiotie, mitunter sehr wenig Pathologisches im Hirngewebe sieht, und daß umgekehrt beträchtliche isolierte Defekte des Gehirns klinisch ohne nachweisbare Störungen bestehen können (manche Kriegserfahrungen, Verletzungen, Tumoren, lokalisierte Mikrogyrie, recht auffällige Heterotopien). Bei Arteriosklerose gibt es in Rinde und Mark mitunter deutliche Veränderungen und Ausfälle, ohne daß der Patient schwachsinnig oder nur irgendwie auffällig war (sehr wichtig für forensische Beurteilung. Ref.) Senile Plaques und Alzheimersche Fibrillenveränderungen, die wir gewöhnlich bei der senilen Demenz sehen, können bei geistesgesunden Greisen vorkommen. Ja in seltenen Fällen war der paralytische Entzündungsprozeß im Gehirn voll entwickelt und diffus ausgebreitet, ohne daß er sich klinisch in klaren psychischen und in neurologischen Kennzeichen kund gab; die Zeichen der Entzündung waren hier voll ausgebreitet, die Veränderungen im funktionstragenden Parenchym aber verhältnismäßig gering. Auch kommt es vor, daß das Striatum vom paralytischen Prozeß sehr stark betroffen ist, ohne das klinisch striäre Erscheinungen vorhanden waren. Mit lokalisatorischen Behauptungen hinsichtlich des Sitzes psychischer und psychopathischer Phänomene soll man also sehr vorsichtig sein! So ist auch das

Digitized by Google

Befallensein des Schläfenlappens bei Gehörstäuschungen der Hirnsyphilis und bei Malariapsychosen unsicher, und andererseits finden sich erhebliche Veränderungen der zentralen Hörregionen ohne akustische Sinnestäuschungen. Sicher aber bleibt es, daß bestimmte architektonisch wohl charakterisierte Felder bestimmte physiologische Aufgaben haben (*C.* u. *O. Vogt*), ebenso die Zelle je nach ihrem innern und äußeren Bau. Gewiß wird das Studium besonders günstig gelegener Krankheiten und Fälle noch weitere Beziehungen zwischen Symptom und Substrat erschließen lassen; man soll eben nicht nur die Hirnrinde, sondern bei psychischen Symptomenbildern auch die tiefer gelegenen Abschnitte des Gehirns wie den Hirnstamm mehr berücksichtigen, der offenbar von wesentlicher Bedeutung für das Seelische ist. — Ferner ist zu bedenken, daß manche toxisch bedingten Veränderungen sich glatt zurückbilden können, z. B. solche bei schweren Infektionskrankheiten. Nicht nur die funktionstragende Nervensubstanz, auch die ektodermale Stützsubstanz z. B. die amöboide Glia kann durch schwere Schädigungen in ihren Leistungen gelähmt und vernichtet werden. Die Amöboidose mit ihren Zerfallserscheinungen der Kerne bedeutet den Untergang auch der nicht nervösen ektodermalen Substanz: schwere Schübe chronischer Prozesse bei Dementia präcox, Epilepsie (Coma) und Paralyse (Delirium akutum). Akute Schwellung der Ganglienzellen kann über das ganze Nervensystem verbreitet sein und daneben kommt Gliazellenvermehrung ohne Glialähmung nach verschiedenen Schädlichkeiten vor. Natürlich kann es auch an den gegenwärtigen physiologischen Methoden liegen, daß sie oft noch keinen genügenden Aufschluß über die klinischen Erscheinungen geben. — Von der Feststellung, daß bei Arteriosklerotikern Gewebsausfälle auch auf funktionellen Kreislaufstörungen beruhen können und daß bei Epileptikern die Ammonshornsklerose ohne organische Gefäßwanderkrankung, also funktionell vasomotorisch bedingt ist (präparoxysmale angiospastische Vorgänge), hofft *Sp.* auf die Möglichkeit therapeutischer Beeinflussung und empfiehlt diese Angelegenheit den Kollegen, die Hypertoniker und Epileptiker behandeln. —

Angesichts des überwiegenden Bestandes von Dementia-präcox-Fällen in den Irrenanstalten ist uns im vorliegenden Werk die Abhandlung über die anatomischen Veränderungen dieser Krankheit von allergrößtem Interesse. Diese Arbeit stammt von *Josephy. J.* schreibt, daß man an den Gehirnen der Schizophrenen makroskopisch höchstens leichte Trübungen der Meningen sieht und daß das Gehirngewicht normal sei. Histologisch findet man bei alten Fällen Zellausfall in der Hirnrinde, vor allem im Stirnhirn, weniger im Scheitel- und Schläfenlappen, am wenigsten im Okzipitalhirn. In erster Linie ist die lamina III betroffen, in der sich kleinere Verödungsherde finden; streckenweise sind die Ganglienzellen an Zahl sehr reduziert, liegen weit voneinander entfernt und sind ganz unregelmäßig gestellt. Auch in lamina V wird fleckenweise erhebliche Lichtung der Nervenzellen gefunden. Lamina IV ist intakt, ebenso lamina II und die unterste Schicht. In manchen Fällen ließen sich trotz langer Krankheitsdauer und bei durchaus sicherer Diagnose keine architektonischen Störungen in der Rinde nachweisen. Bei allen alten Fällen ist ein erheblicher Teil der Ganglienzellen erkrankt, und zwar in Form von Sklerose wie vakuolärer Degeneration, der im Fettpräparat eine Ansammlung von Lipoiden in Tröpfchenform ent-

Digitized by Google

spricht. Die Verteilung der erkrankten Zellen ist in der Rinde genau so diskontinuierlich wie die der Zellausfälle; neben stark beschädigten Stellen liegen ganz intakte. — Auch in den frischen Fällen waren Ganglienzellen in den laminae III und V verändert, und zwar steht diese Veränderung dem Nißlschen Zellschwund nahe: netzig-fädige Umwandlung des Protoplasmas mit Verschwinden der Tigroidschollen, Dünnerwerden der Kernmembran, Zunehmen des Chromatingehaltes, an Zellbasis und Verzweigungsstelle der Dendriten dunkle und unregelmäßig gefärbte Substanzbrocken. Diese Veränderung kann sich zurückbilden oder zu einem allmählichen Verschwinden der ganzen Zelle führen, auch schließlich in sklerotische Veränderungen oder andere seltenere Endzustände übergehen. In lamina VI finden sich hier eigenartige Schwellungszustände, die meist zu einem Stationärzustand mit wenig erkennbaren krankhaften Erscheinungen, gelegentlich aber auch zum Untergang, führen können. — Die mehr diffusen Ausfälle wie die zirkumskripten Lücken sind völlig unabhängig von den Gefäßen. Ersatzwucherung der Glia findet sich nicht, leichte pro- und regressive Veränderungen der Glia sind häufig. Ausnahmsweise sieht man eine neue Gliadeckschicht an der Rindenoberfläche, auch hie und da eine Gliarosette, ab und zu sind schattenhafte Reste von Ganglienzellen zu erkennen. Tatsächlich geht ein Abbau vor sich. Denn die Adventialräume der Gefäße sind in Rinde und Subkortex mit beträchtlichen Ansammlungen von Fett und Pigment ausgefüllt. Im Markscheidenbild der Rinde alter Fälle wurde Verminderung und Lichtung der Tangentialfasern der oberen Schicht beschrieben. An der Grenze von Rinde und Mark finden sich in einzelnen Fällen langer Krankheitsdauer herdförmig kleine Glia-Wucherungen: große auch faserbildende Gliazellen liegen in Gruppen von 10 oder auch mehr vermehrt in einem kleinen Bezirk des Schnitts beisammen. — Das mesenchymale Gewebe der Rinde und des übrigen Gehirns ist normal. Auch im Striopallidum wurde nichts wesentliches entdeckt. Die in manchen Thalamuskerngruppen bestehenden Gliawucherungen werden als durch Erkrankung der Rinde veranlaßt aufgefaßt. Die tieferen Abschnitte des Gehirns und Rückenmarks sind meist frei von pathologischen Befunden; einmal zeigte ein sensibler Trigeminuskern erhebliche Gliawucherung. — Die typische Hirnschwellung *Reichardts* kommt bei akuten Zustandsbildern nicht selten vor, auch erhebliches Ödem der Pia. Mikroskopisch ist dann die amöboide Glia reichlich; ubiquitäre Zellschwellungen im Sinne der akuten Erkrankung *Nißls* sind neben Sklerose und Zellausfall vorhanden.

Josephy kommt zu dem Schluß, daß es eine einheitliche Histopathologie der akuten Schizophrenie zurzeit noch nicht gibt, und daß der Krankheitsprozeß in der Hirnrinde bei Dementia präcox ein rein parenchymatöser ist — ohne jede entzündliche Komponente. Er erwähnt, daß *v. Monakow* und seine Schüler am Plexus chorioideus schwerste Veränderungen bei chronischen Dementia-präcox-Fällen fanden: vaskuläre Störungen mit Schädigung des Epithels und zellreiche, sehr fibrinhaltige Exudate in den Zwischenzellenräumen. — *Witte* gab an, daß die im Alter eintretende Atrophie resp. der Gewichtsschwund der Schilddrüse bei Dementia präcox sehr selten sei, in den Nebennieren war keine Speicherung der Lipoide nachzuweisen wie bei anderen Psychosen. Auch in den Ovarien bestand auffällige Lipoidarmut. —

Charakteristisch ist es, daß die Krankheitsgruppe des manisch-

Digitized by Google

depressiven Irresein überhaupt nicht erwähnt wird; es gibt also wohl noch gar keine pathologische Anatomie dieser Krankheiten. —

Von größtem Interesse ist die Darstellung der pathologischen Anatomie der Idiotie von *Schob.* Vorauszuschicken ist, daß je mehr die Erforschung der Schwachsinnszustände fortgeschritten ist, desto mehr sich der Sammelbegriff des Schwachsinns in Einzelkrankheiten aufgelöst hat. Die pathologisch-anatomische Forschung hat gezeigt, daß die Grundlage des Schwachsinns in zahlreichen Fällen in direkten Folgeerscheinungen von Krankheitsprozessen, besonders in Defekt- und Narbenbildung im kindlichen Gehirn, in anderen Fällen in Wachstumsstörungen im Sinne von Mißbildungen zu suchen ist; die Schädigung traf auch das wachsende Gehirn während der ersten Fetalmonate. Außerdem finden sich in Idiotengehirnen frische oder abgelaufene Bilder retrograder Degeneration (Zell- bzw. Kernausfall mit oder ohne nachfolgende Narbenbildung) und endlich Bilder frischer oder abgelaufener sekundärer Degeneration. Unter Mißbildungen versteht *Sch.* Abweichungen von der normalen Morphologie eines oder mehrerer Organe, die auf Änderungen der bis zur Reife sich abspielenden normalen Wachstumsvorgänge zurückzuführen sind. Heterotopien entstehen im Marklager aus Neuroblastenmaterial, das während der Wanderungsperiode auf seinem Weg von der Matrix der Ventrikelwand nach der Rinde durch irgend welche Schädlichkeiten festgehalten wird. Eine Häufung verschiedenartigster Mißbildungen findet sich namentlich im mikrenzephalen Gehirn. Bei höher differenzierten Mißbildungen sind die wesentlichsten Abweichungen im Bau des Gehirnmantels: Erhaltenbleiben von Bildungen, die vorübergehend im Laufe der Entwicklung auftreten, normalerweise aber später wieder verschwinden, Vorkommen von Zellkomplexen an Stellen, wo sie nicht hingehören, Störungen der Windungsbildung, Störung der Cyto- und Myeloarchitektonik der Rinde, Störungen des gesamten Massenwachstums des Gehirns. Sehr instruktiv ist der Abschnitt über die Bildung von Rinde und Marklager (Cajalsche Zellen, Status verrucosus, Umbildung der Zwischenschicht in das Marklager, Umbildung der Matrix in das zentrale Höhlengrau und die Ependymzellschicht). Definitive Reife der Zellelemente und definitive Zellanordnung wird erst im extrauterinen Leben allmählich erreicht. Die Frage nach der Entstehung der Hirnwindungen, nach den Gesetzen der normalen Windungsbildung ist noch nicht einwandfrei gelöst; ein Teil der Forscher nimmt an, daß die Corticalis anfängt zu wuchern und sich infolgedessen faltet, ein anderer Teil, daß die Furchen sich durch Einstülpungen der Rindenschicht bilden.

Nur vorübergehend vorhandene embryonale Bildungen können nun erhalten bleiben: Cajalsche Zellen, Reste der superfiziellen Körnerschicht, Reste des status verrucosus. Mißbildungen des Baues treten in Form abnorm breiter, plumper, gewulsteter Windungen auf: Pachygyrie. Hier sind die Furchen abnorm flach, die primären Furchen bisweilen gut erkennbar, die sekundären zeigen meist abnormen Verlauf und abnorme Gestaltung. Die pachygyren Gehirne zeigen so eine gewisse Ähnlichkeit mit dem noch wenig gegliederten Gehirn des 6. und 7. Embryonalmonats. Der extremste Fall der Pachygyrie ist die Agyrie, bei der mehr oder weniger ausgedehnte Bezirke vollkommen windungslos sind oder die Gliederung der Hemisphären in den ersten Anfängen stecken geblieben ist. Agyrie und Pachygyrie kommen fast immer nebeneinander vor. Das Gewicht eines solchen Gehirns kann fast nor-

Digitized by Google

mal sein, ist aber meist mehr oder weniger reduziert. Bei der echten Mikrogyrie finden sich an Stelle von Windungen normaler Breite abnorm schmale, kleine, an Zahl wesentlich vermehrte Windungen — nur diese Form ist, als Mißbildung im eigentlichen Sinne zu bezeichnen. Im Gegensatz zu ihr steht die Ulegyrie, bei der es durch Zerstörungsprozesse mit anschließender Vernarbung zu Verkleinerung an sich, auch der Zahl nach, normal angelegter Windungen kommt. Mikrogyre Gehirne sind gleichzeitig oft mikrenzephale. Im Zentrum semiovale findet man hier sehr häufig Heterotropien; Stammganglien meist normal groß; Ventrikel oft erweitert; auch im Kleinhirn kommen mikrogyre Bezirke vor. Die mikroskopischen Verhältnisse der Mikrogyrie werden durch sehr gut gelungene Photographien demonstriert, ebenso die Mißbildungen der Cyto- und Myeloarchitektonik, die sich an anderen Idiotengehirnen finden.

Die Begrenzung der Mikrenzephalie nach oben ist fließend. *Marchand*, dessen Übersicht über normale Hirngewichte verschiedener Entwicklungs- und Altersstufen gegeben wird, rechnet jedes Gehirngewicht unter 900 beim Erwachsenen zur Mikrenzephalie und bezeichnet als hochgradige Fälle solche mit einem Hirngewicht bis zu 500, als mittleren Grades solche mit Gewichten von 500—800 g, als leichte solche von 800—900 g. Hirngewichte von 100 bis 200 g sind mehrfach beschrieben worden und noch kleinere Gewichte bei Kindern im Alter weniger Monate. In den meisten Fällen ist der Hinterhauptlappen bei einigermaßen ausgeprägter Mikrenzephalie stark verkürzt, der Frontallappen wurde stark zugespitzt gefunden, häufig klafft die Fissura Sylvii. Fast immer war das Marklager im Verhältnis zum Grau der Rinde auffallend reduziert. In den meisten Fällen war die Mikrenzephalie mit den verschiedensten anderen Mißbildungen vergesellschaftet. Auch findet sich hier häufig Mikromyelie. Die Unterschiede des äußeren und inneren Gehirnaufbaues sind aber in den einzelnen Fällen so groß, daß von einer nosologischen Einheit der Mikrenzephalie keine Rede sein kann. Die exogenen Ursachen überwiegen. Auch Röntgenbestrahlungen des schwangeren Uterus haben, was sehr beachtlich ist, zuweilen Mikrenzephalie erzeugt.

Handelt es sich um allgemeine Vergrößerung des Gehirns infolge Entwicklungsstörungen, so spricht man von Megalenzephalie. *Virchow* unterschied physiologische und pathologische Cephalone. Das höchste bisher bekannte Gehirngewicht betrug bei einem 21jährigen epileptischen Idioten 2850 g. Bei einem angeblich normalen Manne betrug das Hirngewicht 222 g, Turgeniews Gehirn wog 2012, Bismarcks 1807 g. Äußerlich sind megalenzephale Gehirne im allgemeinen normal gebaut. Die Hypertrophie erstreckt sich auch auf die zentralen Ganglien, das Kleinhirn und die Medulla. Bei der einen Form der Megalenzephalie handelt es sich um eine gleichmäßige Zunahme aller Gewebsteile (echte Hyperplasie), auf der anderen Seite um eine Wucherung des interstitiellen Gewebes, insbesondere der Glia (interstitielle Hyperplasie).

Nachdem *Schob* auf den Balkenmangel, der bei Idiotengehirnen vorkommt, eingegangen ist — bei totalem Balkenmangel muß die Schädigung, die den Anlaß zur Defektbildung gab, mindestens Anfang des 3. Monats oder vorher auf die fetale Hirnanlage eingewirkt haben, bei partiellem Balkenmangel im 4. Fetalmonat —, behandelte er die Verbindungen von Mißbildung und Blastombildung: die tuberöse Sklerose, die Hirntumoren in Rinde, Mark, zentralen Ganglien, Ventrikeln, im Kleinhirn, in der Netzhaut und

Digitized by Google

den Hüllen des Gehirns. (Die tuberöse Sklerose ist zu den erblichen Krankheiten zu rechnen, also auf idiotypische Keimänderungen zurückzuführen.)

Es folgt die Beschreibung des Endzustandes destruierender Prozesse im Idiotengehirn, zunächst die Defekt- bzw. Höhlenbildung (Porenzephalie); auch hier bringt die Arbeit vortreffliche Zeichnungen. Sodann wird die zu Schwachsinn führende Ausgangsform exogener pathologischer Prozesse, die in Narbenbildung besteht, besprochen, d. h. die Umwandlung von Windungen, Windungsteilen oder Mark in narbiges Gewebe von gliösem bzw. bindegewebigem Charakter nach Untergang des nervösen Parenchyms. Je ausgedehnter ein Zerstörungsherd, je vollkommener auch die Stützsubstanz vernichtet wird, desto eher muß eine Höhle entstehen, im entgegengesetzten Fall geht die Vernarbung ohne Bildung von Höhlen vor sich. Wegen der Armut an faserbildender Glia sind sklerotische Narben in der Rinde im allgemeinen seltener als im Marklager oder der Molekularschicht. Beim Fetal- oder neugeborenen Gehirn ist der Ausgang destruktiver Prozesse in Höhlenbildung häufiger als beim Erwachsenen. — Auf den großen Einfluß des Geburtstraumas geht *Sch.* ausführlich ein.

Es würde zu weit führen, die interessanten Kapitel über die lobären Sklerosen, den Hydrozephalus internus, die Gehirnbefunde bei Kretinismus, Myxödem, mongoloider Idiotie zu besprechen. Der Hydrozephalus entsteht einmal durch Verlegung der Abflußwege und der an der Basis des Gehirns in die Zirkulationswege des Liquors eingeschalteten Zisternen, andererseits aber auch infolge erhöhter Absonderung von Ventrikelflüssigkeit, namentlich im Anschluß an entzündliche Prozesse. Stauungs- und entzündlicher Hydrozephalus können sich miteinander verbinden. Endlich behandelt *Sch.* die pathologische Anatomie der mit Idiotie verbundenen heredodegenerativen Erkrankungen: die amaurotische Idiotie, den progressiven familiären Schwund des Hemisphärenmarks und die Zustände früher Verblödung bei anderweitigen progressiven heredodegenerativen Erkrankungen. —

Ich muß es mir leider versagen, auf alle die ausgezeichneten Arbeiten anderer Autoren einzugehen und verweise insbesondere auf die klassischen Arbeiten von *Jahnel* über die pathologische Anatomie der progressiven Paralyse, von *Spatz* über Enzephalitis, von *Hallervorden* über die extrapyramidalen Erkrankungen. Nur über den Artikel von *Scholz* über Epilepsie sei noch berichtet. *Sch.* schildert den Befund bei den symptomatischen Epileptikern: E. nach fetaler oder frühkindlicher Enzephalitis, nach traumatischen Schädigungen, E. bei Tumor, bei Cysticercus, bei Infektionen und Intoxikationen, bei Gehirnkrankheiten des späteren Lebensalters und bei dysgenetischen und heredodegenerativen Gehirnkrankheiten und behandelt dann die sog. genuine oder idiopathische E. Französische Forscher haben Veränderungen im Ammonshorn schon 1825 erwähnt. *Pfleger* führte diese 1880 »auf eine Ernährungsstörung durch Änderung in der Art und Weise der Zirkulation des Blutes während und nach dem epileptischen Anfall bei eigentümlicher Anordnung und Lage der Blutgefäße des Ammonshorns« zurück. Sommer fand schon damals Beschränkung der Degeneration der Ganglienzellen auf einen scharf abgegrenzten Sektor des Zellenbogens im Ammonshorn. 1889 beschrieb *Chaslin* Wucherung der faserigen Glia an der Großhirnrinde, wofür *Alzheimer* 1898 den Untergang nervösen Gewebes verantwortlich machte: Schwund von Ganglienzellen und

Digitized by Google

Markfasern haben Ammonshornsklerose wie Randsklerose der Hemisphären zur Folge; die gliösen Ersatzwucherungen bilden in ihrer Gesamtheit eine anatomische Parallele zur Demenz der Epileptiker. Makroskopisch findet sich bei den Sektionen häufig Verdickung des Schädeldaches, nicht selten prämature Synostose der Schädelnähte. In einem Drittel der Fälle fand *Hahn* die Dura mit dem Schädeldach verwachsen, überhaupt bei 533 Sektionen nur etwa ein Drittel aller Gehirne ganz frei von makroskopisch erkennbaren Veränderungen. Trübungen und Verdickungen an den weichen Häuten lagen oft in der Umgebung der größeren Gefäße, auch mäßiger Hydrozephalus der Seitenventrikel wurde öfter beobachtet. Von 468 Gehirngewichten im Material *Hahns* überstiegen 186 das Gewicht von 1350 g, 50 Gehirne wogen mehr als 1500 g, 6 mehr als 1700 g. Mehrfach ist Schädigung des Herzens und des Gefäßsystems beobachtet worden. *Volland* stellte häufig eine angeborene Enge der Aorta, bei einem Viertel von 102 Autopsien eine Persistenz des Thymus fest. Häufige Bildungsfehler an Fingern, Augen, Ohren, Zehen bei Epileptikern wurden schon von älteren Autoren als Zeichen einer minderwertigen Anlage gewertet. Histopathologisch wurde Ammonshornsklerose von *Bratz* bei 50% eines größeren Materials gefunden. Die Zahl der Gliazellen ist in der ersten Schicht vermehrt. Die Gliakerne liegen hier vielfach in Häufchen beieinander und zeigen regressive wie progressive Veränderungen. Von diesen Kerngruppen aus erfolgt eine lebhafte Gliafaser-Produktion. Die Fasern strahlen in die Ganglienzellen führenden Rindenschichten ein und formen die subpiale gliöse Rindenschicht, die bei fortgeschrittenen Fällen eine beträchtliche Dicke erreicht — bis 0,2 mm Breite. Viele Gliafasern sind tangential gerichtet und auffallend dick, ordnen sich aber in die normale Architektur der Rindenglia ein. Ausfall markhaltiger Nervenfasern ist in der Tangentialschicht besonders deutlich, betrifft aber auch das übrige Fasergeflecht der Rinde und der Markleiste. Ausfall von Ganglienzellen findet sich namentlich in der kleinzelligen zweiten Schicht, aber auch in den tiefen Schichten. Viele erhaltenen Ganglienzellen zeigen Schrumpfungsvorgänge und Verkleinerung des Zellleibs. In der tiefen Rinde und im Mark sind die Gliakerne leicht vermehrt, Kerne und Protoplasmaleiber gewucherter Gliazellen sind durchweg ziemlich klein. Die Spinnenzellen der tiefen Rinde zeichnen sich nach *Alzheimer* durch dünnen Leib, kleine Kerne und spärliche, lange dünne Fasern gegenüber den Spinnenzellen bei Paralyse und seniler Demenz aus. Das Gliafasernetz der Markleiste ist allgemein und insbesondere in der Umgebung der Gefäße verdichtet. Die Elemente der Gefäßwand der kleinen Arterien hat zuerst *Weber* als gewuchert beschrieben; an der Wucherung sind Endothelzellen und Zellen der Adventitia beteiligt. In den adventitiellen Lymphscheiden fand *Alzheimer* nicht selten Mastzellen. Gelbes bis grünliches Pigment wird in den fixen Zellen der Gefäßwand wie in einzelnen mobilen Zellen in den Gefäßlymphscheiden häufig gefunden (lipoide, neurogene Abbauprodukte), ebenso häufig kommen corpora amylacea im subpialen und subependymären, gliösen Faserfilz vor; Veränderungen im Plexus chorioideus scheinen von Bedeutung zu sein. Was die akuten Veränderungen nach prämortaler Steigerung epileptischer Krankheitserscheinungen betrifft, so entsteht hier das Bild der Amöboidose (Verflüssigungsvorgänge in den Ganglienzellen, schwere Zellerkrankung *Nißls* z. T. mit Eindringen von Gliazellen in den Ganglienzellleib). In der Marksubstanz sind die Achsenzylinder oft degeneriert, in den Gliazellen werden

Digitized by Google

Kernteilungsvorgänge angetroffen. Die amboide Umwandlung wird im Hinblick auf ihre Ähnlichkeit mit kadaverösen Veränderungen als regressive Erscheinung aufgefaßt. In der Kleinhirnrinde findet man häufig wuchernde protoplasmatische Gliazellen mit zahlreichen Mitosen. Die Gliazellreihen ziehen streifen- oder strauchwerkartig durch die Molekularschicht und folgen in ihrem Zuge oft der Ausbreitung der Purkinjezellen und ihrer Dendriten; diese degenerieren und werden von den gewucherten Strauchwerkzellen umklammert bzw. ersetzt. Manchmal kommt es im Kleinhirn durch diese Veränderungen zur Atrophie und Sklerose ganzer Läppchen. Eine artgleiche protoplasmatische Gliareaktion fand *Spielmeyer* auch als frische Veränderung im Ammonshorn, wo sie an die ischämische Zellveränderung geknüpft war. Von Entwicklungsstörungen ist namentlich das Vorkommen der sog. Cajal-Retziusschen Horizontalzellen in der ganglienzellfreien Molekularschicht der Hirnrinde zu nennen; diese deuten nach *Ranke* auf einen Prozeß hin, der sich auf dem Boden einer besonderen Disposition d. h. einer fetalen Schädigung des Gehirns entwickelt.

Die Drüsen der inneren Sekretion sind bei der genuinen Epilepsie von verschiedenen Forschern histologisch untersucht worden, der Befund entbehrt aber noch ganz der Einheitlichkeit. — Bezüglich der Möglichkeit einer anatomischen Diagnose erklärt *Scholz*, daß man bei einem ausgesprochenen Befund, also bei Vorliegen einer Ammonshornsklerose, des Chaslinschen Randfilzes und des dazu gehörigen Rindenbefundes, noch dazu, wenn zahlreiche Zellen vorhanden sind, aus der Gesamtheit der Erscheinungen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf Epilepsie schließen darf; fehle aber nur die Ammonshornsklerose, so sei kaum noch die Berechtigung zu einer diagnostischen Vermutung gegeben. Jedenfalls könne der zwingende Beweis für die Existenz eines selbständigen Hirnprozesses der Epilepsie bei Anlegung eines strengen Maßstabes nicht geführt werden. — Der von *Spielmeyer* angenommene Einfluß funktioneller Kreislaufstörungen wurde bereits bei der Besprechung der von diesem Autor herrührenden geistvollen Einführung des glänzenden Werkes über die Anatomie der Psychosen erwähnt. Welches die letzten Ursachen der in der morphologischen Struktur der Gefäße nicht begründeten funktionellen Gefäßstörungen bei der Epilepsie sind, kann anatomisch heutzutage noch nicht geklärt werden. *G. Ilberg.*

Personalia.

Nekrolog *Ernst Meyer:* Am 3. Dezember 1931 verstarb im 61. Lebensjahre nach kurzem Krankenlager an den Folgen einer Koronarsklerose der Direktor der Königsberger Psychiatrischen und Nervenklinik. Allzufrüh ging damit ein Leben zu Ende, das reich an unermüdlicher, rastloser Arbeit, aber auch reich an Erfolgen gewesen ist. Hiervon legt schon die akademische Laufbahn des Verstorbenen Zeugnis ab.

Ernst Meyer wurde in Göttingen geboren, wo er auch seine Jugend verlebte. Er widmete sich dem medizinischen Studium zunächst in Marburg, dann in seiner Heimatstadt Göttingen. Nach dem Staatsexamen wurde er Assistent am pathologischen Institut zu Göttingen und war dann an der Anstalt Herzberge bei Berlin unter *Moeli*, u. a. zusammen mit *A. H. Hübner* und *Mönkemöller*, tätig. Darauf ging er zu *Siemerling* nach Tübingen an die Psych-

Digitized by Google

iatrische und Nervenklinik und habilitierte sich dort für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Er ging mit *Siemerling* als dessen Oberarzt mit nach Kiel und blieb dort bis 1904. In diesem Jahre wurde er als Leiter der Psychiatrischen Klinik, die damals noch als Sonderabteilung im Städtischen Krankenhause untergebracht war, nach Königsberg i. Pr. berufen und ein Jahr später wurde dem erst 36jährigen die ordentliche Professur für Psychiatrie und Nervenkrankheiten an der Königsberger Albertina übertragen. Nach seinem Entwurf wurde 1913 die Königsberger Universitäts-Nervenklinik gebaut, bei deren Eröffnung er zum Geheimen Medizinalrat ernannt wurde. Im vorigen Jahr wurde er zum Vorstandsmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie gewählt. Das allgemeine Vertrauen, das er in der ostpreußischen Ärzteschaft genoß, drückte sich auch darin aus, daß diese ihn im vergangenen Jahr als Nachfolger von *Max Matthes* zum Vorsitzenden des Königsberger Vereins für wissenschaftliche Heilkunde wählte.

Bei der Würdigung seines Lebenswerkes möchte ich hier an erster Stelle des bedeutenden Einflusses gedenken, den *E. Meyer* auf die Gestaltung des Königsberger Irrenwesens, speziell auf die angemessene Unterbringung und freie Behandlung der Geisteskranken ausgeübt hat. Diese Bestrebungen, die in dem Bau der hiesigen Universitätsnervenklinik ihre Krönung fanden, wurden von ihm sein ganzes Leben lang mit großem Nachdruck vertreten und bildeten geradezu einen Grundzug seines Wesens, wie er sie selbst wohl auch als eine seiner wesentlichsten Lebensaufgaben aufgefaßt hat. Nicht ganz ohne Einfluß auf ihn ist hierbei sicher sein Vater *Ludwig Meyer*, der bekannte Vorkämpfer des »No restraint« gewesen. Der Sohn setzte das Lebenswerk des Vaters pietätvoll fort. Auch ihm galt die Aufhebung jeglichen Zwanges in der Behandlung Geisteskranker als vornehmstes Ziel, wie ebenso die prinzipielle Gleichsetzung der Behandlung geistig und körperlich Kranker. Gerade in dieser Richtung bot sich ihm, als er 1904 nach Königsberg kam, ein reiches Betätigungsfeld. Bildeten damals doch noch die »Spinnstuben« des Städtischen Krankenhauses die Psychiatrische Klinik, in denen auch Zwangsmaßnahmen aller Art damals keine Seltenheit darstellten. So wurde durch die kurz vor dem Kriege fertiggestellte vorbildliche neue Klinik erst ein zeitgemäßes Wirkungsfeld für unsere Disziplin geschaffen. Auch späterhin suchte *E. Meyer* seine Klinik, an der er besonders hing, in jeder Weise modern zu erhalten und gliederte ihr z. B. vor wenigen Jahren mit Hilfe der Notgemeinschaft der deutschen Wissenschaft noch eine moderne Röntgenapparatur für Diagnostik an. Bei den Aufnahme- und Entlassungsformalitäten war er für weitgehendste Freiheit und erstrebte auch hierin Verhältnisse, die in nichts von anderen medizinischen Kliniken abweichen sollten, wie er vor wenigen Jahren auch nachdrücklich gegen die geplante Einführung eines Irrenschutzgesetzes eingetreten ist.

Nichts konnte den sonst stets Gütigen so erzürnen, wie Verständnislosigkeit oder unbegründeter Widerspruch in allen diesen Dingen. Als ihm vor etwa 5 Jahren auf der Tagung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig entgegengehalten wurde, daß selbst in dem dortigen großen Krankenhause nicht ohne Isolierzellen und Netzbetten auszukommen sei, geißelte er kurz darauf diese Verhältnisse in einem in dieser Zeitschrift (Bd. 83) erschienenen längeren Aufsatz.

In jeder Weise suchte er seine Kranken, denen er stets mit der größten Güte und Milde gegenübertrat, und die mit größter Verehrung und Liebe an

Digitized by Google

ihm hingen, Erleichterung zu schaffen. Überhaupt bildeten Herzensgüte und wohlwollende Milde einen besonders charakteristischen Wesenszug *Meyers*. Auch seinen Assistenten gegenüber, denen er mit vorbildlicher Pflichterfüllung voranging, war er stets ein verständnisvoller Berater.

Die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten *E. Meyers* ist groß. Nahezu 200 Publikationen liegen vor, die fast alle Gebiete seines Faches und zahlreiche Grenzprobleme behandeln. Seine ersten Arbeiten bewegen sich — als Schüler *Orths* — auf pathologisch-anatomischem Gebiet und stammen z. T. aus seiner Assistentenzeit am Göttinger Pathologischen Institut. Aber auch in seinen späteren Jahren ist er der Histopathologie des Nervensystems treu geblieben. Wir verdanken ihm wichtige Arbeiten über die Pathologie der Ganglienzelle, pathologisch-anatomische Untersuchungen bei Psychosen, insbes. beim *Korsakoff*schen Symptomenkomplex und der Paralyse, sowie später Beiträge zur pathologischen Anatomie der Encephalitis lethargica und des Fleckfiebers. Auf klinisch-psychiatrischem Gebiet bildete eine bald nach seiner Habilitation erschienene umfangreichere Arbeit über die Bedeutung des chronischen Alkoholismus bei der Entstehung geistiger Störungen wohl den Ausgangspunkt für seine spätere intensive Beschäftigung mit den Rauschgift- und Alkaloidsuchten, für deren durchgreifende Bekämpfung als Volkskrankheiten er sich sehr einsetzte. Auch den forensischen Komplikationen der Narkomanien widmete er mehrere bedeutende Beiträge, wie er sich überhaupt auf dem Gebiete der Begutachtung, das im Rahmen unserer Disziplin ja einen besonders breiten Raum einnimmt, auch wissenschaftlich sehr vielseitig betätigt hat. In seiner praktischen Gutachtertätigkeit zeichneten ihn größte Milde und Wohlwollen wahrer Menschlichkeit aus. — Während des Krieges gab ihm seine Tätigkeit als beratender Psychiater und Neurologe Material zu interessanten Beiträgen über den Einfluß des Krieges auf schon bestehende Psychosen wie auch über den Einfluß von Kriegsereignissen auf die Entstehung psychischer Störungen bei der Zivilbevölkerung. Mit Anbrechen der Ära der Malariabehandlung der Paralyse führte er diese früh in seiner Klinik ein und berichtete an verschiedener Stelle über seine Erfahrungen. — In den beiden letzten Jahrzehnten beschäftigte ihn in besonderem Maße die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft aus psychiatrisch-neurologischer Indikation. Seine Ansichten hierüber legte er in zahlreichen grundlegenden Arbeiten nieder, u. a. in einem Sonderkapitel des *Winter*schen Werkes: »Die Indikation zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft.« In Zusammenhang mit diesen Fragen wandte er sein Interesse der Sterilisation Geisteskranker und überhaupt eugenischen Problemen zu. — In neurologischer Hinsicht interessierten ihn neben der Encephalitis lethargica in besonderem Maße die Hirntumoren. Neue Anregungen gab ihm hierbei in den letzten Jahren die zunehmende Bedeutung der Röntgenologie für die Neurologie, die ihn zu eingehenden enzephalographischen Studien und ausgedehnteren Veröffentlichungen hierüber veranlaßten. — Von umfangreicheren Werken verdanken wir *E. Meyer*, neben seinem 1907 erschienenen Buch über die Ursachen der Geisteskrankheiten, mehrere monographische Arbeiten im Rahmen größerer Handbücher. So in den diagnostischen und therapeutischen Irrtümern, herausgegeben von *Schwalbe*, die beiden Teile über Psychiatrie und die Krankheiten des Gehirns und des verlängerten Markes (1921/23). Ferner im Handbuch der inneren Medizin von *v. Bergmann* und *Staehelin* den Abschnitt über die toxischen Erkrankungen des Nervensystems, im Handbuch der Urologie von

Digitized by Google

Lichtenberg, Völcker und *Wildbolz* das Kapitel über die »Klinik der nervösen Störungen der Blase«. — Seine Beiträge aus psychiatrischen Grenzgebieten gingen meist aus Vorträgen hervor, so z. B. »Kant und der Okkultismus«, »Einfluß der Kultur auf das Menschengeschlecht«, »Über Okkultismus und andere sogen. okkulte Phänomene in ihrer Bedeutung zur Strafrechtspflege«. *Meyer* behandelt darin alle Grenzfragen absolut sachlich, fern jeglichen spekulativen oder mystifizierenden Beiwerkes, ohne jemals den festen Boden naturwissenschaftlicher Erkenntnis zu verlassen. Überhaupt war *E. Meyer* als Vertreter seines Faches den Somatikern zuzuzählen, wobei er nicht zuletzt auch von neuen, verfeinerten histopathologischen Methoden viel für die Ergründung des Rätsels der Psychosen erhoffte. Dabei durchdrang und überstrahlte aber sein ganzes großes Lebenswerk stets der Geist edlen, gütigen Menschtums, der ihn allen, die ihn kannten, und im besonderen seinen Freunden und Schülern unvergeßlich macht. *K. Moser,* Königsberg Pr.

Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung für das Jahr 1931.

1. Kassenbestand 1. 1. 1931		RM. 6570,—
Vereinnahmte Zinsen		2008,15
		RM. 8578,15
Verausgabt		
Gekaufte Papiere	RM. 6644,—	
Bankspesen und -Porto	14,15	
		RM. 6658,15
Kassenbestand 1. 1. 1932		RM. 1920,—
2. Vermögen am 1. 1. 1932		
Anleihepapiere im Nominalwert v.		RM. 27000,—
Anleiheablösungsschuld (Reichsschuldbuch)		7075,—
Sparbuch Wernigerode		167,60
Kassenbestand 1. 1. 1932		1920,—
		RM. 36162,60

Naumburg a. d. S., Luisenstr. 17a,
den 5. April 1932. gez. *M. Laehr.*

Die am 8. 4. 1931 in Breslau beschlossene Satzungsänderung (§ 4) ist von Staatsaufsichts wegen durch den Polizeipräsidenten von Berlin genehmigt worden u. d. 27. 4. 1931.

Digitized by Google

In der Irrenabteilung der Berliner Charité um 1854.

Von

Dr. **Helmut Müller,**

Landesheil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen.

Die Vorgänge, von denen berichtet werden soll, führen uns in die politisch erregte Zeit nach dem Sturmjahr 1848. Wir schreiben 1853. Die Freiheitsbewegung ist unterlegen, ihre Gegner haben das Ruder in der Hand. Gefallen sind die von der Revolution errungenen Rechte, und die »Hochverratsprozesse« haben begonnen, bei denen der Polizeipräsident v. Hinckeldey eine große, aber nicht einwandfreie Rolle spielt. »Das System des Manteuffelschen Ministeriums«, heißt es in Webers Weltgeschichte, »stützte sich auf kleine unsittliche Mittel und Hebel, auf Korrumpierung des Beamtenstandes — auf engherzige Verfolgung, auf Verdächtigung und Schmähung freisinniger Männer, auf Beschützung der Verleumder und Denunzianten.« »Stoff zu Hochverratsklagen wurde geradezu künstlich geschaffen, wenn sich keiner zeigen wollte, so in dem berüchtigten Prozeß gegen Dr. Ladendorf und Genossen, wo ein Agent der Polizei, der ehemalige Leutnant Hentze, ein schmachvolles Spiel trieb.«

August Ladendorf hat seine Erlebnisse so, wie er sie sah, im Jahre 1862 bei O. Wigand, Leipzig, in Briefform veröffentlicht: »Sechs Jahre Gefangenschaft unter den Folgen des Staatsstreich.« Dieses Buch ist für die Geschichte der Psychiatrie von hohem Interesse, denn es gibt uns ein Bild von dem damaligen Leben in der Irrenabteilung der Berliner Charité und von ihrem Leiter, dem Geheimen Medizinalrat *Ideler*. Die Ausführungen sind in bissigem Ton gehalten, man merkt auf jeder Seite die innere Erregung, die Verbitterung. Man muß deshalb die ganzen Darstellungen mit großer Vorsicht aufnehmen. Es läßt sich aber nicht verkennen, daß Ladendorfs Mitteilungen mit den Angaben der Zeitgenossen und Geschichtsforscher gut übereinstimmen.

Digitized by Google

Ladendorf, ursprünglich Theologe, zu jener Zeit Hilfslehrer am Gymnasium zum Grauen Kloster in Berlin, wurde Ende März 1853 verhaftet und zur Untersuchungshaft in die Berliner Stadtvogtei gebracht. Es wurde ihm im Verlauf des Prozesses vorgeworfen, er sei Mitglied eines zu hochverräterischem Zwecke verbundenen Komitees, dessen Tendenz dahin ging, in Preußen und ganz Deutschland durch die Gewalt der Waffen die Republik einzuführen, und habe bei der Beschaffung von Waffen (24 Flinten und 300 Hohlkugeln!) mitgewirkt. Er selbst hat demgegenüber behauptet, er habe sich nur in freier Zusammenkunft mit anderen fortschrittlich gesinnten Männern besprochen. Ihr Zweck sei gewesen, durch die Presse und persönliche Beziehungen der Reaktion entgegenzuarbeiten. »Individuell persönliche Selbstbewaffnung« sei jedem überlassen worden. Er selbst sei ein Gegner der allgemeinen Anschaffung von Waffen gewesen, dies habe vielmehr der »Zeuge Hentze« betrieben.

Die Untersuchungshaft in der Stadtvogtei war für Ladendorf, wenn wir seinen Schilderungen Glauben schenken dürfen, eine schwere Leidenszeit. Er findet zwar hin und wieder Worte der Anerkennung für Erleichterungen und Wohltaten, so auch über das Essen, welches er für eigene Bezahlung erhält. Im großen und ganzen legt sich ihm aber alles schwer aufs Gemüt: die Zellen, die Hausordnung, der Gefängnisbetrieb, die Behandlung von seiten der Richter und Beamten, der Mangel an Luft und Licht. Schwerer wirken wohl gewisse seelische Eindrücke. Die Verhöre erbittern ihn durch ihre inquisitorische Art, zumal er anfangs nicht weiß, worauf alles hinausläuft. Immer mehr kommt er zu der Überzeugung, daß Hinckeldey das Gerichtsverfahren beherrscht. Dazu kommt der Mangel an geistiger Betätigung, an geistiger Anregung und bald noch eine besondere Erschütterung: sein Bruder, der ihm einen kurzen Besuch abstatten darf, bringt ihm die Nachricht vom Tod seines Vaters.

Einen breiten Raum nehmen seine Klagen über körperliche Beschwerden ein. Kopfschmerzen haben ihn schon vorher gepeinigt. Bald tritt anderes dazu: Unterleibsleiden, »Fieber«, aus den Zehen quillt beim Gehen Blut. Im Anschluß an den Tod des Vaters und an aufregende Verhöre verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Nach einer Vernehmung merkt er, daß er ein falsches Datum angegeben hat. Er glaubt, daß er wegen Fiebers und eingenommenen Kopfs nicht mehr vernehmungsfähig sei. Im Dezember verschlimmert sich der Zustand noch mehr. Sorgen um seine Geschwister, die Befürchtung, daß die Richter ihn überlisten wollen, und der Argwohn, daß in seinen Vernehmungsprotokollen Unrichtiges steht, bedrücken ihn. Es

Digitized by Google

stellen sich Brustbeklemmungen und Atmungsbeschwerden ein, so daß er sich »vor Unruhe und Angst nicht zu lassen wußte«. Auf seine Bitte, dem Direktor vorgeführt zu werden, wird er auf später vertröstet. »Meine Angst — meine Qual — meinen Kampf um die letzten Reste der Besinnung vermag ich Dir nicht zu beschreiben.« »Mich überkam das Gefühl einer unendlich qualvollen Todesnacht, worin die Brust furchtbar gegen Erstickung arbeitete und der ganze Organismus in krampfhaft zuckender Aufregung war.« Nach »Erlöschung des Bewußtseins« kommt »der Drang der Selbsthilfe zur Geltung«: »ich erwachte zum Bewußtsein am offenen Fenster..., das ich in seltsamer Gewandtheit mit Faust und Fuß zerschlagen und sammt dem Rahmen zerstoßen hatte.« »Gerade im Begriff, ein Stück schmutziges Butterpapier mit dem Blute, das mir aus mehreren Schnittwunden floß, vermittelst eines kleinen Nagels zu beschreiben, um es aus dem Fenster zu werfen und von einem günstigen Wind in eines Menschen Hand treiben zu lassen«, kommen Aufseher und »Chirurg«, ihm wird mit der Zwangsjacke gedroht, er wird verbunden. Er berichtet dann von allerlei Gedanken, die ihm durch den Kopf gingen, vermischt mit Phantasien und Täuschungen, über die er medizinisch-philosophische Erwägungen anstellt. Die Sinnesorgane fassen alles überscharf auf, die Berührung eines Strohhalmes erscheint ihm als Dolchstich, er hört seinen verstorbenen Vater sprechen und sieht das Bild seiner verstorbenen Braut am Fenster vorübergleitend ihn anlächeln. Er treibt »Possen einer abergläubischen Zauberei, um die Schlösser und Thüren des Gefängnisses aufspringen zu machen«. Schwer empfindet er es, daß man ihm den Wasserkrug entzogen hat. Er hebt hervor, daß »keine Spur von sogenannter Tobsucht oder von Neigung zu Gewalttätigkeiten« bestand. Die Zertrümmerung des Fensters sei nur »der reinste unschädliche Act der Selbsthülfe« gewesen. Sie muß ihm aber wohl später vorgehalten sein, denn er spricht in diesem Zusammenhang von »polizeilicher Anschuldigung« und »Geheimrath *Ideler*'scher Tobsuchtstheorie ..., der schon so manches Menschenleben zum Opfer gefallen ist«. Seine Stimmung wird dadurch nicht gebessert, daß man ihm noch zwei Genossen in die Zelle legt. Eines Nachts läßt er sich zu einer Unterhaltung mit ihnen herbei, als sie sich an sein Lager setzen. Die Zellentür öffnet sich, »ich sprang unter dem freudejauchzenden Rufe 'Mein Vater!' vom Lager auf, dem Manne entgegen, den ich für den Vater nahm«. Dieser, es war der Arzt, der Geheime Medizinalrat *Casper*, entfernt sich bald wieder. Am nächsten Tag verschlimmert sich der Zustand von neuem, »wie gewöhnlich, wieder gegen Abend«: Atmungsbeschwerden, innere Angst,

Digitized by Google

»Fieberphantasien« stellen sich ein. Er kommt schweißgebadet in der Zwangsjacke zum Bewußtsein, dann wird er in einer Droschke nach der Charité gebracht...

Ich lasse nun Ladendorf selbst das Wort.

»Das Ziel der angeblichen Spazierfahrt war also die Charité und zwar — die sogenannte Irren-Abtheilung. — Nach einigen Worten auf dem Flur befreite man mich von der Zwangsjacke und geleitete mich in einen großen Saal, worin etwa 20—30 Betten standen und zwischen denselben ein ziemlich lebhaftes und etwas verworrenes Treiben und Hin- und Herwogen statt hatte. Bald trat der Arzt ein, der bei meiner Vorstellung gegen den Wärter die Äußerung hinwarf, ich sei ein unruhiger Gast, man solle nur scharf auf mich Acht haben. — Hatte der Sohn Aesculap's dies Urtheil aus den begleitenden Polizei-Acten geschöpft? oder bildete er es sich aus den politischen Beschuldigungen der Polizei? oder entsprang es aus Beiden? Unmöglich konnte es wenigstens das Resultat medizinischen Scharfblicks sein! — Genug, ich sollte bald die Wirkungen dieser mindestens sehr vorschnellen und unbedachtsamen Äußerung fühlen. —

Bald darauf wurde ich warm gebadet und kalt abgebraust und zwar mit einem andern armen Unglücklichen zusammen, der unaufhörlich sich mit orthodox-religiösen Dogmen abquälte. Bei meiner Rückkehr in den Saal hatte sich die Scene etwas verändert. In dem langen Gange spielte man — Wärter und Kranke — Karten und rauchte dabei so lustig und stark, daß dichte Tabakswolken emporwirbelten. Dabei sah ich den Einen oder Anderen essen. Mich hungerte gleichfalls und folgte ich deshalb einem Wärter in ein kleines Nebenzimmer und bat ihn um Etwas zu essen. Die Essenszeit sei vorbei, erwiderte mir der Hartherzige. 'Kann ich denn nicht auch eine Cigarre bekommen?' — 'O ja, wenn Sie Geld haben', war die lakonische Antwort. 'Woher soll ich Geld haben? Ich komme ja aus der Stadtvoigtei.' — 'Nun, dann giebt's auch keine Cigarre.'

Kurze Zeit sah ich dem Spiele zu und bat dann, mich niederlegen zu dürfen, ich fühle mich sehr angegriffen. Man wies mir ein Bett an d. h. einen Strohsack mit Laken und Decke, und ich legte mich nieder.« ... Er empfindet »Schmerz in der Gegend der Milz« und »unter Atembeschwerden große innere Unruhe«, hat Verlangen, Wasser zu trinken. »An der Thür sah ich einen Eimer stehen, woraus von Zeit zu Zeit zum Trinken geschöpft wurde. Ich stand auf und schöpfte gleichfalls zum Trinken. — Man verwies mir das Aufstehen. — Der Trunk that mir wohl, er erleichterte den Schmerz und stillte die Unruhe. Wie lange und wie viel hatte ich seit zwei bis drei Tagen in den furchtbaren Fiebern dursten müssen! — Nach einiger Zeit lechzte die Zunge

Digitized by Google

von Neuem nach Wasser. Ich stand abermals auf, um zu trinken, und hätte mir gern einen Becher mit vor's Bett genommen, wenn es nur einen zweiten gegeben hätte. — Jetzt folgte dem groben unverständigen Verweise eine noch gröbere Drohung, daß man mich zur Ruhe bringen werde, wenn ich noch einmal mir herausnähme, mich vom Strohsack zu erheben. Auf meine ruhigen, bittenden Gegenvorstellungen ließ man sich nicht ein.« ... »Aus Scheu vor neuen Grobheiten und Roheiten ertrug ich lange den auf's Neue sich steigernden Schmerz, den brennenden Durst und die quälende Unruhe. Endlich versuchte ich's noch einmal, als ich von einem anderen Bette einen Kranken sich erheben und an den Eimer gehen sah, und zwar ohne daß der Wärter eine Bemerkung gemacht hätte. Aber kaum hatte ich mich erhoben und die Beine auf die Erde gesetzt, als — zwei Wärter auf einmal über mich herfielen, mich auf die Erde stauchten und hinaus in den anstoßenden Saal schleppten. Mich gegen diese unerhörten Roheiten zu wehren, wie sie's verdient hätten, fehlte mir die Kraft; auch war ich von Staunen und innerer Empörung wie gelähmt. Was ich vermochte, war die einfache und feste Beschwörung und Versicherung, man solle mich doch nur loslassen, ich wolle ja Schmerz und Durst und Unruhe ertragen, auch ohne zu trinken. Alles war umsonst, der 'unruhige Gast' in Staat und Gefangenschaft mußte kirre gemacht und gebändigt werden.

Man setzte mich unangekleidet wie ich war in einen großen Stuhl, unten einem Schlitten und oben einem altmodischen plumpen Lehnstuhl nicht unähnlich. Die Füße wurden unten auf dem Schlitten und am Sitze mit Riemen doppelt oder dreifach festgeschnallt, ein dritter oder vierter Riemen kam um den Leib, ein fünfter oben um die Brust und endlich ein sechster und siebenter um Ober- und Unterarm. So fest geschnürt sollte ich wie eine ägyptische sitzende Statue die Nacht zubringen.« ... »Noch einmal versuchte ich die menschlichen Gefühle dieser wohldressierten Barbaren zu erwecken und bat sie, mir wenigstens meine Kleidung anzuziehen. — Man warf mir den baumwollenen Kittel vorn über den Schoß und — ging von dannen. — Ich bot alle meine Kräfte auf, um ruhig und infolge dessen bei einiger Besinnung zu bleiben; aber es fing mich zu frieren an, daß ich klapperte und rasselte in allen Riemen und Schnallen und Ketten. Der Nachtaufseher saß in der Nebenstube mir gegenüber und las, unbekümmert um mich und meinen Zustand. Ich fühlte, daß infolge der Blutstockungen, veranlaßt durch die Fesselung und infolge des in die inneren Gefäße zurückgetriebenen Blutes, durch die Kälte herbeigeführt, und zugleich endlich infolge der mit Gewalt niedergehaltenen psychischen Erregtheit mehr und mehr das Bewußtsein zu schwinden anfing.

Digitized by Google

Noch ein- und zum letzten Male bat ich in der Qual der Seele den Wärter, mir doch wenigstens eine Bettdecke überzuwerfen, ich könnte es vor Kälte nicht aushalten. Der alte impertinente Griesgram las und schwieg; er fühlte ja die Kälte nicht vor dem Feuer in seinem Ofen. Ich fing an, mich zu schütteln und mit den kleinen Ketten an den Handriemen zu rasseln, theils aus Frost, theils aus Zeitvertreib, theils um zu sehen, ob ich nicht wenigstens die Hände freibekommen könnte. — Da auf einmal erhob sich der im Lesen gestörte Diener des Herrn Geheimrath *Ideler* und seines scheußlichen Systems, suchte und fand — — einen Rohrstock, schritt schweigend auf mich zu und — —« ... »Der alte Barbar — schlug den gefesselten kranken Mann — schlug mich mit dem Rohr — ich weiß nicht, wie oft und wie viel — vor die Schienbeine. — Was ich empfand? — Nichts! — Was ich sagte? — Nichts! — Was ich that? — Nichts! In wenigen Minuten war jedes Bewußtsein, jede selbstbewußte Empfindung verloren, ich war zur Marmorstatue geworden — nein, ich war etwas viel Schlimmeres geworden, ich war — zum Wahnsinnigen geworden. —

In dieser starren Empfindungslosigkeit brachte ich die Nacht zu. Den nächsten Morgen kam *Ideler* mit einem Gefolge mehrerer Ärzte und vielleicht noch anderer Personen. Ich sah ihn zum ersten Male. Er fragte nach meinem Namen, ich grins'te und schwieg. Unter den Ärzten glaubte ich in dem Einen *Schwarz* aus Rostock zu erkennen; ich grins'te, — es sollte eigentlich ein Lächeln sein — auch ihn an und verfolgte ihn mit den Augen. — Herr Geheimrath *Ideler* ließ mich im Zwangsstuhl und ging weiter.« ... »Je höher der Tag heraufkam, desto mehr kehrten die Lebensgeister zurück.« Er verfällt in »Phantasien« und gibt dazu die Erläuterung, »daß das eigentliche Selbstbewußtsein... immer noch da und immer noch thätig, aber in absoluter Verkehrtheit thätig war... Hierin liegt auch die Möglichkeit der Wiedererinnerung.« Wie lange er im Zwangsstuhl gesessen hat, weiß er nicht mit Bestimmtheit.

»Den nächsten Tag wurde ich an Händen und Füßen gebunden in ein heißes Bad gelegt und erhielt dabei die starke Brause in's Gesicht und auf den Kopf. Diese Prozedur halte ich an sich für heilsam, aber die Art der Ausführung war ebenso unverständig als grausam. Ich bin überzeugt, hätte man mir den Zwangsstuhl erspart und mir gesagt, ich solle in die Wanne steigen und mich ruhig verhalten, wenn ich die starke kalte Brause auf den Kopf erhielte, ich hätte auf's pünktlichste der Weisung Folge geleistet, und zwar jedes Mal um so bereitwilliger, als ich bei sonst richtiger Behandlung die gute Wirkung bald würde wahrgenommen haben. Gebunden aber an

Digitized by Google

Händen und Füßen fühlt man sich zunächst durch diese Gewaltsamkeit im Innersten empört, die Eingenommenheit des Kopfes steigert sich und — im Bade selbst schluckt man in dem hülflosen Zustande und in der übervollen Wanne so viel Wasser und weiß sich zuletzt so wenig mit dem Kopf über Wasser zu halten, daß man jeden Augenblick das Gefühl des Ertrinkens hat. Es war dieses Bad eine so gräßliche Tortur, daß ich mich am nächsten Tage schlechterdings nicht in's Bad bringen lassen wollte. Es wurde Gewalt angewandt — und doppelt gedoucht. Und um mir jeden ferneren Widerstand zu verleiden, spannte man mich — — in die Zwangsbettstelle.

Was die Luft trotz der Kälte und was das Bad und die Douche trotz der Barbarei bereits gut gemacht hatten, verdarb das Zwangsbett abermals in gesteigertem Maße. Schon war ich wieder so weit zu mir gekommen, daß ich wußte, wo ich mich befand, und meine Umgebung richtig erkannt und auffaßte, so weit das in so kurzer Zeit und unter so fremdartig neuen Verhältnissen möglich war. Das Zwangsbett warf mich vollständig wieder zurück. —« ... »Dieses Bett der Seelen-Heilkünstler ist nun zunächst eine gewöhnliche etwas handfeste Bettstelle — mit einem aus ganz natürlichen Gründen halb verfaulten mistgefüllten Strohsacke. Die beiden Seitenbretter und Endenstücke sind von durchbrochener Arbeit, um die Riemen durchzulassen, mit welchen der arme Kranke auf dem düngerduftigen Strohsacke gespannt und gefesselt wird. Zur Ausspannung dienen die Riemen an dem Fuß- und Kopfstück, mit denen die Beine fest an das untere Bret gezogen und daran befestigt werden, und oben an den Achseln der Kopf an das obere Bret herangezogen und so eingeschnürt wird, daß er sich nur mühsam auf die rechte oder linke festgeschnallte Schulter legen kann. Ein Kopfkissen hatte nämlich ich wenigstens nicht, vielmehr lag der Kopf hohl, daß ich ihn zuletzt gar nicht mehr zu halten wußte. Mit den Seitenriemen wird man von unten bis oben so fest über den Beinen, dem Bauch und der Brust aufgeschnürt, daß man nicht die geringste Bewegung zu machen im Stande ist. Endlich werden auch die Hände und Arme so fest gebunden und geschnallt, daß man ganz wörtlich kein Glied am Leibe rühren kann, wohl aber gezwungen ist für den ruhelosen Kopf vergeblich ein Ruheplätzchen zu suchen. —

Wie lange ich in diesem scheußlichen Marterbette gelegen und mich dem lieben Viehe gleich habe betragen müssen, weiß ich abermals nicht. Eine vollständige Erstarrung und Besinnungslosigkeit trat ziemlich bald unter den wildesten Fieberphantasien ein, aber die Qualen fühlte ich nichts destoweniger« ... Er meint, »es wäre Sache der Wissenschaft, der-

Digitized by Google

gleichen Ungeheuerlichkeiten zu würdigen und wie sie's verdienen zu beseitigen«.

»Nach dieser Prozedur polizeilich 'moralisirender Heilmethode' wurde ich noch eine Zeit lang mit dem einen Fuße am Bette befestigt gehalten und kam dann endlich aus diesem sogenannten 'kleinen Warte- (besser Marter-) Saale' in ein größeres Zimmer, in dem die 'psychische Behandlung' begann. Herr Geheimrath *Ideler* hielt mir nämlich vor, was ich nach der Anschuldigung der Polizei sollte gethan haben und forschte nun zunächst nach dem Grunde oder Ungrunde dieser Anschuldigungen. Da ich natürlich gar nicht begriff, wie der Dirigent einer Krankenanstalt dazu kam, sich zum offenkundigen Werkzeug der Polizei herzugeben, so schwieg ich auf all dergleichen Vorhaltungen und Fragen und bemerkte gewöhnlich dem Herrn Geh. Medizinalrath, um ihn recht leise und schonend auf seinen medizinisch einzunehmenden Standpunkt hinzuweisen, ich sei bereits seit meiner Anwesenheit in der Charité und noch etwas vorher ohne Leibesöffnung und leide an argem Kopfschmerz. Ob Herr *Ideler* dies für eine Ausflucht hielt oder mich durch die Qualen der Leibesverstopfung zu Eröffnungen des geistigen Bewußtseins zwingen wollte, weiß ich nicht, genug, auf jede Klage dieser Art kehrte er mir den Rücken und ging davon, zuweilen mit der Bemerkung gegen den Wärter, mich tüchtig abzudouchen — eine Verordnung, die wiederum mehr polizeilich drohend, als medizinisch anordnend klang. —«...

Sein medizinischer Bruder kommt auf Besuch, darf ihn aber nur 20 Minuten sprechen. L. bittet, ihm Rheum, andere ärztliche Behandlung und einen Rechtsbeistand zu verschaffen. »... zur Antwort auf den schon früher geforderten Rechtsbeistand wurde ich — aus dem Krankensaal genommen und drei oder vier Treppen hoch in eine stockfinstere Kammer gesteckt, deren kleines Fenster ausdrücklich mit einem Brette vernagelt war. Dies Loch war außerdem so stark mit Torfdunst angefüllt, daß ich nur mit großer Beschwerde zu athmen vermochte und bald neue Kopfbeschwerden empfand. Glücklicher Weise mußte wohl die übergroße Sorge wegen einer möglichen Flucht den Befehl gegeben haben, mich keinen Augenblick ohne besondere Aufsicht zu lassen. Es wurde ein Wärter mit mir eingesperrt, und nun rechnete ich darauf, daß der es unmöglich auf die Dauer in dieser erstickenden Luft aushalten werde. Übrigens fing dieser im Grunde gutmüthige Mensch an — besonders wenn wir allein waren — rücksichtsvoll mit mir umzugehen, sich förmlich wegen seiner früheren Härte zu entschuldigen und es bei jeder möglichen Gelegenheit zu bedauern, daß er zum Werkzeug so grausamer und barbarischer Behandlung ausersehen und gemacht

Digitized by Google

sei. — Wo er konnte, schaffte er mir einige kleine Erleichterungen, nur war er theils durch die unerhörte ihm 'aufgepackte Verantwortlichkeit', theils aber durch das allgemeine polizeilich ungebildete und medizinisch bornirte Vorurtheil eingeschüchtert und unsicher gemacht, so daß er seinem natürlichen Verstande und ursprünglich gesunden Herzen nicht überall zu folgen den Muth hatte. In dieser traurigen Verschüchterung schloß er mich z. B. jeden Abend beim Niederlegen an die Bettstelle mit einem Fuße an, unter der jedesmaligen Entschuldigung, er müsse das doch zu seiner Sicherheit thun, da ich ja selbst nicht für mich einstehen und in einem Wuthanfalle ihn im Schlafe auf den Kopf schlagen könnte.« ...

»Übrigens versteht sich von selbst, daß ich mich sofort, als in den nächsten Morgen dem Geheimrath *Ideler* vorgeführt wurde, über diesen unverantwortlichen neuen Aufenthalt beschwerte und namentlich hervorhob, daß ich infolge des Torfdunstes wieder eine ungewöhnliche Schwere und Eingenommenheit des Kopfes empfände; es sei ja unmöglich an einem solchen Orte gesund und nicht vielmehr vollkommen rückfällig zu werden. — 'Die Iren und Schotten müssen den größten Teil ihres Lebens in Torfdunst zubringen', antwortete der königlich preußische Geh. Medizinalrath *Ideler* und — ging zum nächsten Kranken. — War das Ernst oder Scherz? Hohn oder Verachtung? —« ...

Dem Wärter wird nun Freiheit gelassen, wie er Ladendorf unterbringen will. So ist dieser meist bei ihm in der Wärterstube und erholt sich »durch die bessere Luft, den häufigen Aufenthalt in dem geräumigen gartenähnlichen Hofe und die Douche« in kurzer Zeit wesentlich.

Er kehrt zur Stadtvogtei zurück. Wie lange der Aufenthalt in der Charité gedauert hat, ist nicht zu ersehen, höchstens wohl einige Wochen. Vor seinem Abgang gewährt ihm *Ideler* auf seinen Wunsch noch eine Unterredung. Ladendorf bittet ihn, seinen Einfluß aufzubieten, daß er in der Stadtvogtei in eine seinem Gesundheitszustand angemessene Lage käme. *Ideler* äußert sich nicht dazu, sondern bemüht sich noch einmal, ein Geständnis aus ihm herauszubringen. »Nach mancherlei Hin- und Herreden, dem ich lautlos und mit vollster Selbstbeherrschung zuhörte, ließ er mich stehen und ging wie gewöhnlich davon.«

In der Stadtvogtei kommt Ladendorf auf die Krankenstation, und zwar in eine bessere Zelle, muß sie aber mit einem Genossen teilen, der ihm wegen seines unmanierlichen Benehmens widerlich ist und, wie er annimmt, von ihm Geheimnisse ausspionieren soll. Weiterhin berichtet er von allerlei Quäle-

Digitized by Google

reien, denen er ausgesetzt war, und von Reibereien mit höheren und niederen Beamten. Sogar mit Hinckeldey selbst hat er in seiner Zelle einen Auftritt. Nach einer heftigen Auseinandersetzung mit dem Geh. Medizinalrat *Casper*, bei der Ladendorf sehr anmaßend aufgetreten zu sein scheint, erklärt jener ihn bald nach seiner Rückkehr für gesund und die Verhöre beginnen von neuem. Auf seine Beschwerde gegen die Gesunderklärung erwidert ihm der Richter, seine Beschwerdeschrift sei so logisch, klar und bündig, daß sie seine geistige Gesundheit beweise. Ladendorf selbst dagegen behauptet, daß er infolge seines durch und durch kranken Körperzustandes nicht zu allen Zeiten fähig sei, so über seine geistigen Kräfte zu verfügen, »wie es eine so tiefgreifende und eigenthümlich geführte Untersuchung verlangt«. Immer wieder nun berichtet er über die verschiedensten Schmerzen und körperlichen Beschwerden. Er sucht sich durch eigene Mittel zu helfen. Täglich nimmt er Hämorrhoidalpulver in »fabelhaften Massen«. Er macht gymnastische Übungen, für die er sich ein besonderes System erfunden hat, und geht fast den ganzen Tag mit einem nassen Tuch um den Kopf herum. Einmal äußert er, »daß jeder Wechsel der Temperatur, sowie jede außergewöhnliche Erregung des Gemüths sofort Druck, Stiche oder sonstige Schmerzen in Nacken, Hinter-, Vorder- oder über den ganzen Kopf hervorruft, die Gedanken mir infolgedessen verwirrt, mir die Herrschaft über den Verstand und Willen nimmt und ein Flimmern in den Augen erzeugt, daß ich wie umschleiert Menschen und Dinge verwechsele und Eins fürs Andere nehme usw.« ... Ein anderes Mal macht er Äußerungen, die an Geschmackstäuschungen denken lassen. »Diese fortgesetzten Quälereien auf der Zelle gewinnen erst ihre rechte Bedeutung durch das, was ich beim Genuß von Essen und Trinken an medizinischen Mitteln zu bekommen scheine. (Wenn ich einmal bei dem Genusse der Haussuppe den Geruch und Geschmack von Schnaps hatte, so will ich annehmen, es sei eine Täuschung der Geruchs- und Geschmacksnerven im Spiele gewesen) ... wenn ich ein gewisses Medicament, das ich zu kennen ziemlich gewiß bin, in so bedeutenden Dosen bekomme, daß es mir wie Gluth durch die Adern geht und eine Hitze und Beklommenheit erzeugt, die mir den ganzen Winter gebot, einen Fensterflügel fast stets, gleich nach dem Genusse von Essen und Trinken — namentlich der Haussuppe — meistens beide Flügel offen zu halten, wenn ich das Gefühl habe, als wollte die Hirnschale emporgehoben und aus Fugen und Bändern gesprengt werden, und fast nie ohne Kopfdruck bin; dann muß es wohl kommen, daß bei erhöhter physischer Temperatur oder psychischer Erregung sich die Ge-

Digitized by Google

hirnaffectionen so steigern, daß Gedanken und Erinnerung schwinden, ich in einen blödsinnigen Zustand gerathe und aus dem anfänglichen Flimmern in den Augen vollständige Gesichtstäuschungen werden ... nur will ich bemerken, daß der Geh. Medizinalrath Dr. *Casper* — — mir stets aufreden wollte, ich bekäme überall gar keine Medizin, selbst nicht zur Leibesöffnung, ungeachtet ich diese Art von Medizin fast täglich (nach dem Essen) so unzweideutig wirksam fühlte, daß ich zuletzt jene Äußerung für Spott (oder eine andere Art von ärztlichem Experiment) nehmen mußte.« ...

Er reicht Beschwerde über Beschwerde ein ... »über meine Aufseher beim Director der Anstalt, über den Director der Anstalt bei Herrn von Hinckeldey selbst und über Herrn von Hinckeldey beim Minister des Inneren.« ... Tatsächlich gelingt es ihm, sich einige Erleichterungen zu verschaffen; im übrigen werden alle seine Beschwerden als unbegründet zurückgewiesen. Auch über die Charité beschwert er sich, vor allem darüber, daß er auf sein Verlangen nach Leibesöffnung von abends 7 Uhr bis morgens 7 Uhr in eine stockfinstere fensterlose Kammer mit Torfdunst und Schwefelgeruch — letzteres infolge der Nähe der Krätzenstation — gebracht worden sei. »Der Professor Dr. *Ideler* hielt mir unter anderen sonderbaren sich selbst widersprechenden Dingen fleißig die furchtbaren Strafen — das schwere Schicksal vor, das meiner harrete usw.« ...

Die Anklage wird ihm zugestellt und er entwirft eine große, historisch weit ausholende Verteidigungsschrift, welche völlig klar abgefaßt ist, alle Anschuldigungen mit kritischer Schärfe bespricht und mit ironischen Ausfällen gegen die reaktionären Kreise gespickt ist. Er wird zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt, durch die Entscheidung der höheren Instanz, die sich wieder einige Monate hinzieht, wird das Urteil bestätigt. Unterdes ist es Winter geworden (1854/55), er klagt, es würde nur einmal wöchentlich geheizt, und zwar am Tage des »Umgangs« (wohl ein Aufsichtsrundgang), er friert. Im März 1855 nimmt er ergreifenden Abschied von seinem Bruder.

Zunächst kommt er nun freilich nicht ins Zuchthaus, sondern wieder in die Charité. Dies hat sich nach seinem Bericht so zugetragen. Eine Erkältung bringt allerlei körperliche Beschwerden. Er hat die Empfindung, die Zellenluft würde ihm gefährlich, bittet, ihn länger in dem Garten zu lassen, und weigert sich, aus dem Garten zu gehen, bevor der Direktor darüber gehört worden sei. Man faßt ihn an, er macht sich los und geht freiwillig zur Zelle zurück. »O ich Ärmster! Ich hatte wieder getobt und im Anfall von Tobsucht einen Beamten geschlagen?!« So sei es offenbar Ideler berichtet worden. »Gewiß aber ist, daß

Digitized by Google

ich nicht getobt habe, noch toben konnte, nur jene Roheit wehrte ich ab....« »Ich legte mich dann auf's Lager — unsäglich krank und bis zum Tode ermattet und betrübt.

Wie lange ich so gelegen habe, weiß ich nicht, nur weiß ich, daß man mir wieder Menschen in die Zelle legte, daß ich später in der Droschke von den Stößen des Steinpflasters und Constablers die heillosesten Schmerzen empfand und endlich im Zwangsstuhl inne wurde, daß — ich wieder in der Charité unter der verrückten Behandlung des Herrn Geheimrath *Ideler* sei...«

Es muß zwischen März und Juni 1855 gewesen sein, als er zum zweitenmal nach der Charité kam, er ist dort offenbar bis November 1856 geblieben.

Er berichtet nun wieder von »Fieberphantasien«.

»... Ein Glück war's, daß ich vor Schmerz und Todesmattigkeit nicht unruhig in Riemen und Ketten fuhr und daß ich sogar in der stillen Tiefe des reflectirenden Selbstbewußtseins den Entschluß faßte, nur ja recht ruhig und gelassen zu sein, besonders wenn mich Ärzte oder Wärter in der scheußlichen Zelle besuchten, worin der Zwangsstuhl stand. Und in der That, ich führte den Entschluß aus, so daß man beim dritten Besuche — glaub' ich — mit größter Vorsicht den Versuch machte, mich zu entfesseln und aus der Zelle zu führen. — ... Daß ich in diesen barbarisch-verrückten Prozeduren nicht untergegangen bin, daran ist, wie schon gesagt, zuerst meine stählerne Natur und wahrscheinlich die zeitweilige bessere Luft Schuld, und was in den warmen Bädern und in der Douche Vernünftiges steckt, wenn es nur vernünftiger angewandt würde. Übrigens habe ich die Qualen der Zwangsjacke und des Bettriemens noch längere Zeit erleiden müssen, und das natürliche Resultat dieser scheußlichen Behandlung war, daß ich kurz daran war, das zu werden, wofür mich Herr pp. *Ideler* hielt.

Nach meinem körperlichen Leiden wurde weiter nicht gefragt, nur weiß ich, daß ich zuweilen Schlafpulver erhielt, und pp. *Ideler* später, wo ich mit Nachdruck und in besonderer Weise die körperlichen Beschwerden hervorhob, einmal mir den Puls fühlte und die weise Bemerkung machte, es sei Cerebralpuls. Dagegen wurde mir jetzt vorgehalten, daß ich ein Verbrecher sei und vor allen Dingen zu meiner Genesung dies anzuerkennen habe«, wie Ladendorf meint: »damit diese psychischen Pulver die kranke Seele.... wieder zurecht bringen möchten«. Bäder und Duschen sollten helfen. »Von besonderer Bedeutung ist dabei die moralische Wirkung der Furcht, des Schreckens u. dergl.«

»Der pp. *Ideler* hat sich in diese pfäffisch-polizeilich-moralische Heilmethode so sehr hineingelebt, daß er jedes seiner

Digitized by Google

specifischen Mittel — sogar Pockensalbe und Haarseil — mit einem gewissen Tone der Drohung zugleich als eine Art moralischer Strafe verordnet.« ...

»Zuerst schwankten meine Gefühle für den alten Mann zwischen Mitleid und Widerwillen — bis zu Ekel, Haß und Groll — Zorn und Verachtung ...«

Die Sorge für seinen Leib sei ganz den Wärtern überlassen gewesen. »War ich etwa verstopft, hatte ich mich beim Wärter zu melden und um einen Löffel Rheum zu bitten. War der Wärter gut bei Laune, dann bekam ich, warum ich bat, im entgegengesetzten Falle konnte ich sehen, wie ich fertig wurde, nur mochte ich mich hüten, keinerlei Unwillen oder Aufregung zu zeigen, ich sah ja täglich und hatte ja selbst empfunden, wie wenig sparsam man mit Zwangsstuhl oder gar (Riemen)-Hieben war ...«

Das Essen erscheint ihm ungesund. »Die Hauptkost bestand in Hülsenfrüchten und Kohl.« Eine Zeitlang bekommt er als Extrakost ein Stückchen Kalbsbraten mit einigen Pflaumen, muß aber oft darüber rohe Bemerkungen hören. »Mein Brod mußte ich entweder gleich Morgens aufessen oder es den Tag über in der Tasche mit mir umhertragen, sonst war ich nicht sicher, ob ich es unter meinem Kopfkissen — dem einzigen Ort der Aufbewahrung — auch wiederfand.« Auch die Bekleidung empfindet er als ungenügend.

Schlimmer als alles dieses erscheint ihm der Unterricht des Pastors, in dem sie Gesangbuchverse auswendig lernen mußten.

Sein Zustand verschlechtert sich wieder.

...»Die Sinnestäuschungen fingen wieder an sich zu steigern, die ewige Unruhe und der Lärm und das Toben in den Sälen, Zellen und Stuben erhielten mich physisch in steter Aufregung, und der Jammer und das Elend vieler zum Sterben kranken Geschöpfe griffen das arme schon an sich leidende Gemüth furchtbar an...« »Ich fühlte die ganze furchtbare Gefahr, worin ich schwebte. Deshalb ließ ich eines Tages, als Herr Geheimrath *Ideler* mir wieder die Moral las und zuletzt anfing mir vorzuhalten, was er Alles an mir gethan habe, meinem furchtbar erregten Gefühle freien Lauf und vollendete seinen angefangenen Satz, 'ob er nicht Alles gethan habe, um' — mit der vollsten Energie tiefsinnigster Überzeugung: 'ja wohl Herr Geheimrath, um mich vollends zu Grunde zu richten'.«

Er verweigert die »Extrabouillon«, weil ihm danach zum Erbrechen übel wird. »Geheimrath *Ideler* drohte mit dem Haarseil, weil er Mißtrauen auf Vergiftung und dergleichen dahinter witterte.« Ladendorf erwidert, den Schmerz würde er auch noch ertragen, körperlich würde ihm ein etwas hoch im Nacken

Digitized by Google

angelegtes Haarseil wahrscheinlich gar nicht so übel tun. Er bittet um Abführung ins Zuchthaus, er wolle lieber dort als im Verrücktenhause untergehen. »Der alte Herr schwieg und — veränderte von da ab sein Betragen. — Seine Verbrecherpredigten hatten also doch einen Erfolg gehabt, aber den entgegengesetzten von dem, den er wollte.« ...

Allmählich scheint er in ein ruhigeres Fahrwasser zu kommen und nun berichtet er allerlei Interessantes über den Betrieb der Irrenabteilung.

»Ich kannte endlich *Ideler*'s System aus dem Grunde und lernte täglich die Einrichtungen der königl. preußischen Charité besser kennen, beobachtete den Zustand der Kranken um mich her und fing an, mich mit ihnen zu beschäftigen — dem alten Herrn gelegentlich ein wenig in's Handwerk zu pfuschen. — Der Boden, worauf ich stehe, soll, denke ich, bald ganz erobert sein, und demgemäß mein Zustand sich mehr und mehr bessern. — Seit einiger Zeit ist ein neuer sehr verständiger Oberwärter gekommen, ich hoffe mich mit dem besser zu stellen, als mit den übrigen Wärtern bisher, und durch ihn meine Lage wesentlich günstiger zu gestalten. Ein Punkt zur Verständigung ist schon gegeben und zwar die körperliche Arbeit. —

Sobald ich nur den Kopf aufrecht erhalten konnte, forderte ich — nach dem aufgehängten Reglement — Draußenarbeit. Man gab sie mir, aber scheußlich-ekelhafte, als wollte man sie mir verleiden. Ich ließ mich nicht irre machen und jetzt — freut sich der Oberwärter, daß er einen Doctor der Philosophie in seiner 'Arbeiter-Compagnie' hat, der Allen, die es vernehmen wollen, mit Worten und Thaten zeigt, welche heilsame Wirkung in der Draußenarbeit liegt. Ich glaube, dies Jahr werden mehr auf Geheimrath *Ideler*'s Station gesund, als je in seiner langjährigen Praxis. Und Herr Geheimrath *E.*[1]) wird auch mit mir zufrieden sein, er kann 'Ersparungen' bei den Bauten und in den Anlagen machen.

... Die schwedische Gymnastik wurde hier eine Zeitlang durch den Stabsarzt fleißig geübt und hat mir zu dem Übrigen gewiß gute Dienste geleistet. Du weißt, daß ich in der Stadtvoigtei aus meiner verzweifelten Lage heraus etwas ihr Ähnliches erfand, später aber sie selbst fleißig studirte und auf meine Erfindungen nach den gegebenen Verhältnissen anwandte ...«

Er interessiert sich für die Mitpatienten und sucht ihnen zu helfen.

»Es ist mir beispielsweise bei mehreren Kranken, die augenscheinlich in Gefahr waren einer sogenannten fixen Idee zu ver-

[1]) Gemeint ist offenbar der administrative Direktor Geheimrat *Esse*.

Digitized by Google

fallen, durch Belehrungen und gelegentliche Beweisführungen gelungen, sie zunächst für die Arbeit und Douche zu gewinnen und allmählig von der keimenden fixen Idee zurückzubringen. Geheimrath *Ideler*'s psychiatrische Methode dagegen hatte diese armen Unglücklichen immer tiefer in die sogenannte fixe Idee getrieben, wenn sich etwas Derartiges einfand, oder ihnen gar eine aufgeredet, wenn Nichts davon da war, und sie zugleich so erbittert und unzugänglich gemacht, daß er nichts mehr mit ihnen anzufangen wußte, als — sie für unheilbar wahn- oder blödsinnig zu erklären ...«

»Dem durchaus verkehrten *Ideler*'schen Systeme steht nun ferner eine ganz sonderbare Einrichtung und Verwaltung zur Seite. Wie ich schon einmal, glaub' ich, sagte, je nobler das Äußere, desto schlimmer das Innere, je glänzender der Schein, desto mangelhafter oder verkehrter das Wesen! —«

Durch eine Reihe von Listen habe er sich die Vorteile, welche die Charité für's Auge des Besuchers bietet, wirklich zu erobern gewußt.

»... Nun freilich, die abscheulichen Marterwerkzeuge meine ich nicht, denen wünschte ich den Feuertod je eher je lieber. Ebenso wollte ich, daß die neuen Marterwerkzeuge — die Zellen, von deren Einrichtung man spricht, nie zu Stande kommen möchten. Als ob Zellen nicht ebensogut Tobsucht erzeugten und erzeugen müssen, als Zwangsstuhl u. dergl.?! Der Mangel der Ventilation und die Absperrung von der freieren Natur und dem Einfluß des Sonnenlichts bringen auf die Länge der Zeit ganz dasselbe zuwege, wie jene Marterwerkzeuge unmittelbaren Einflusses ... Für Eins der besten und am meisten anwendbaren halte ich die warmen Bäder, nur muß man bei ihrer Anwendung wohl bedenken und berücksichtigen, daß der Kranke das Bad ungleich heißer fühlt, als der Gesunde, und zwar je nach dem Krankheitsgrade bald mehr bald weniger heiß. Dabei steigern sich zuerst in dem zu warmen Wasser das Ohrensausen und all die andern Erscheinungen der kranken Sinne. Das macht den Kranken anfänglich noch unruhiger als zuvor; er will nicht im Bade bleiben. Hat er aber erst die nachträglich gute Wirkung einmal am eignen Leibe empfunden, wird er bei guter und richtiger Behandlung schon ruhiger werden und mit der Zeit gern darin verweilen. Ich habe dies an mir selber und an Andern erprobt ...«

Einen hochgradig erregten Kranken überließ man ihm und zwei verständigen Kranken. »Er wurde in's Freie gebracht, dort spazieren geführt, dann warm gebadet und wieder spazieren geführt. Er beruhigte sich bedeutend.«

»Es ist hier an einem gut gelegenen ruhigen Orte ein wohl eingerichtetes Badezimmer mit zwei zweckentsprechenden kupfer-

Digitized by Google

nen Badewannen zu warmen und kalten Bädern. Unter diesem Badezimmer im Erdgeschoß ist ein Gemach für die Douche, gleichfalls mit einer kupfernen Badewanne, damit dort warme Bäder mit kalter Douche verbunden angewendet werden können.

Meinst Du nun aber, daß dies obere Badezimmer für die Kranken und von denselben in Anspruch genommen werden darf? Niemals. Das Badezimmer wird nur von den nächsten Beamten des Hauses benutzt. Die jungen Ärzte und die Familie des Hausvaters, vielleicht auch noch andere begünstigte Personen baden sich dort. Wenn der Eine oder Andere von den Kranken einmal eine günstige Gelegenheit benutzt und sich den Schlüssel zum Zimmer und zu den Hähnen zu verschaffen gewußt hat, um sich in aller Ruhe warm zu baden, dann kann er froh sein ungestraft davon zu kommen, es sei denn, daß er Einer von denen ist, welche für den Wärter die Wannen nach oben bezeichnetem Gebrauche scheuern oder andere häusliche Arbeiten machen.« ...

Mit einigen Opfern gelangt er in den Genuß dieser Badevorrichtungen.

»Meine Versuche, das gute Recht auf diese warmen Bäder für alle Kranken zu erobern, sind bisher fehlgeschlagen und werden wohl ferner fehlschlagen, da der Geheimrath *Ideler* machtlos ist und Herr Geheimrath *E.* vor allen Dingen auf äußere Reinlichkeit und äußeren Glanz sieht, damit die besuchenden Fremden die an sich meistens nicht unzweckmäßigen Einrichtungen sogleich von der vorteilhaftesten Seite sehen. Diese schönen blitzenden Badewannen und dies sauber gehaltene Gemach darf nicht in allgemeinen Gebrauch genommen werden, damit — es nicht an äußerem Ansehen verliere oder gar einmal in gebrauchtem schmutzigen Zustande angetroffen werde. Übrigens machte das ja viel zu viel Arbeit und würde die Hausordnung — wie sie nun einmal um des äußeren Scheines willen festgesetzt ist — stören und unmöglich machen. Um neun oder zehn Uhr Morgens muß Alles in Ordnung sein! Ob die Kranken dabei die nöthige Rücksicht finden können oder nicht, darauf kommt's nicht an.« ... Bis zu diesem Zeitpunkt hätten die Wärter auch das Baden der Kranken erledigt haben müssen. Da die Zeit nicht reichte, seien manche gar nicht gebadet worden, andere übereilt.

Geheimrat *E.* hatte es »übel vermerkt, daß ein gewisser Eimer neben den eleganten Water-closets stände und Schmutzerei und üblen Geruch verbreite«... Seitdem hat der Hausvater den Eimer in die Küche neben den Herd gesetzt und befohlen, daß jeder dort seine kleinen Bedürfnisse abzumachen habe. Die Küche ist aber auch der Ort zur Einnahme des zweiten Frühstücks und des Vesperbrods, d. h. eines »Stück trockenen Brodes — höchstens mit Salz«. Die Küche kann zwar nicht alle Kranken fassen. Niemand darf aber

Digitized by Google

»sein Brod in den geputzten Sälen und Stuben essen — um des üblen Geruches (besonders wenn es einen Hering gegeben hat) und der Brodkrümel willen«.

»Übrigens kommt die mangelnde und oft ganz unbrauchbare Arbeitskraft des Wärterpersonals überall, nirgend aber mehr zu Tage, als bei diesem Baden und Douchen. Außer dem einen Oberwärter habe ich noch keinen Wärter kennen gelernt, der nur mittelmäßigen Ansprüchen genügte. Ich habe deren sogar kennen gelernt, die nach ihren Freistunden Abends oder in der Nacht besoffen zurückkehrten, so daß die Kranken sie zu Bette bringen oder sie wieder in's Bett zurückbringen mußten, wenn sie in der Trunkenheit herausgefallen waren. Wie diese Subjecte außerdem die Kranken und deren Verwandte ausbeuteten, davon kann ich hier nicht sprechen, es geht ins Criminalgebiet...« Die Wärter würden erbärmlich bezahlt.

»Die Schlafsäle werden nicht geheizt, so daß bei jedem Besuche *Ideler*'s der eine oder andere Kranke über die grimmige Kälte klagt. *Ideler* nimmt einmal die Gelegenheit wahr, wo er den Verwaltungsdirigenten auf der Station trifft, diesem Vorstellungen darüber zu machen, wird aber mit der kurzen Bemerkung abgefertigt, in anderen Irrenhäusern wäre es ebenso. Der Professor und Doctor der Medizin nahm dies nicht allein hin, sondern ging noch eine ganze Strecke hinter dem Verwalter her und remonstrirte — ohne nur noch einer Antwort gewürdigt zu werden...«

»So handelten denn auch die Wärter, wie sie's vor dem Hausvater und letzlich vor dem Geheimrath *E.* verantworten zu können glaubten. — Einmal hatten sie einen eben eingelieferten Kranken sofort unter die Douche gebracht und da derselbe sehr unruhig war, ihn wie immer in solchen Fällen an ein Querholz geschnallt. Das Sausen und Klatschen und Knallen des gewaltigen kalten Wasserstrahls auf dem heißen Rücken steigerte die Unruhe zum Wuthausbruch. Der arme Mensch zerbricht den ziemlich starken Baum und verwundet sich an den Handwurzeln. — In vierundzwanzig oder achtundvierzig Stunden war er todt. *Ideler* schalt den Wärter wegen der eigenmächtigen Unvernunft und drohte mit Antrag auf Entlassung, wenn dergleichen noch einmal vorkomme. — Mehr zu erzählen, erlaubt das Preßgesetz nicht...«

...»Geheimrath *Ideler* und Geheimrath *Esse* behandeln mich fast seit Jahr und Tag immer freundlicher, so daß ich mir eine leidlichere Lage zu schaffen gewußt habe. Zwar hat uns Herr Geheimrath *E.* eine Kiste mit Nahrungsmitteln confiscirt und seltsamer Weise sie Dir nicht einmal zurückgegeben, und Herrn Geheimrath *Ideler* gefällt meine Krankheitsgeschichte auch nur zur Hälfte, obgleich ich sie ihm möglichst mundgerecht gemacht habe. Aber dieser alte Herr fängt doch an zu begreifen, daß 'dieser

Digitized by Google

einzige Fall' in seiner langjährigen Praxis — eben einzig auch darin sein möchte, daß ich geistig gesund bin, auch ohne Staatsverbrecherbewußtsein, und jener Herr braucht — wie ich mir denke — keine Rücksicht mehr auf den allmächtigen General-Polizeidirector zu nehmen und hat seine Freude daran, daß ich in seine Verschönerungspläne eingehe und dies und das gemacht habe.« ...

»Der alte Geheimrath fängt an mich etwas anders und verständiger zu begreifen und hat mir schon Dinge unter vier Augen — in der Fensternische — gesagt, die seinen früheren Äußerungen und seinem früheren Verhalten gegen mich diametral entgegen sind. Er hält mich nicht mehr für verrückt und kann nun erst recht meinen früheren Zustand nicht begreifen; peinigt mich deshalb förmlich mit einer zweiten Krankheitsgeschichte, aus der ich ja alle polizeilichen und politischen Geschichten herauslassen könnte.

Von außerordentlichem Werthe aber ist das Gutachten der gerichtlich-medizinischen Deputation, zusammengesetzt aus einem Stadtgerichtsrath, dem Medizinalrath E. und dem praktischen Arzte Dr. C. In diesem gerichtlichen Gutachten finde ich endlich meine eigene ursprüngliche Auffassung meines Gesundheitszustandes im Wesentlichen niedergelegt. Glücklicher Weise habe ich davon das Nöthige erfahren, um es zu meinem Vortheile anwenden zu können. Es heißt darin ungefähr, daß ich geistig gesund sei, aber körperlich so angethan, daß, wer mich in's Zuchthaus schickt, die Verantwortlichkeit meines wahrscheinlichen Unterganges auf sich nehme...«

Im November 1856 erfolgt Ladendorfs Einlieferung ins Zuchthaus.

Schilderungen aus dem Leben und Treiben einer Gemeinschaft lassen uns in deren Geist besser eindringen, als sachliche Beschreibungen es vermöchten. So tritt uns auch bei Ladendorfs Erzählungen, wenn wir Übertriebenes und Schiefgesehenes abzuziehen wissen, die damalige Irrenabteilung der Charité mit ihrem Leiter leibhaftig vor Augen. Die Berliner Charité beherbergt Geisteskranke, seit im Jahre 1798 das alte Irrenhaus abgebrannt war. 1818 wurde ein Neubau im »Irrengarten« errichtet. Noch im Jahre 1852 schreibt aber *Laehr*[2]: »Wenn auch heute noch in der Residenzstadt Berlin die Irren mit Syphilitischen, Krätzigen und Gefangenen unter einem Dache in einer Lage sich befinden, wie sie dem Vaterlande nicht zur Ehre gereicht, so wird dies nur dadurch erklärlich, daß sie innerhalb dieser Beschränktheit sich gesunder

[2]) Über Irresein u. Irrenanstalten, Halle, Pfeffer, 1852.

Digitized by Google

Räumlichkeiten, guter Verpflegung und eines Arztes erfreuen, dessen Tüchtigkeit einen Theil der Mängel verdeckt, die sonst viel lauter die Abhülfe erzwingen würden.«

Ideler kam durch Vermittlung des für das Anstaltswesen so bedeutungsvollen *Langermann* 1828 als ärztlicher Leiter an die Irrenabteilung der Charité. Man sagt ihm Herzensgüte und andere schätzbare Charaktereigenschaften nach, er war auch wohl kein unbedeutender Mann; in der Anstaltsleitung soll er aber nicht die Energie gehabt haben, sich durchzusetzen. Er war ein Mann der Wissenschaft, der Theorie; seine Theorie aber ruhte auf einer Grundlage, die heute nicht mehr anerkannt, ja kaum noch verstanden wird. Er gehörte der psychiatrischen Richtung an, welche in den Geisteskrankheiten Folgen der Leidenschaften sah. Seine Heilmittel waren deshalb Vernunftgründe oder, wenn die Patienten dafür nicht zugänglich waren, Zwangsmaßregeln und Strafmittel. Es scheint aber, als ob er in seiner humanen Gesinnung die Abschreckungskuren seiner Vorgänger in milderer Form angewandt hat.

Zu diesem Bild, wie es uns die Geschichte überliefert hat, paßt Ladendorfs Schilderung ausgezeichnet. Von den mißfälligen Äußerungen, welche dieser besonders am Anfang über ihn fallen läßt, sieht man am besten ab, denn sie sind vom Affekt diktiert. Haß und Verachtung verdiente *Ideler* sicher nicht und ein Werkzeug der Polizei ist er gewiß auch nicht gewesen, wie Ladendorf wegen der inquisitorischen Befragungen erklärlicherweise annahm. *Ideler* hat sich offenbar für den »Fall« interessiert und sich zeitweise viel mit ihm beschäftigt. Er sah in ihm wohl ein ausgezeichnetes Beispiel für seine Theorie von der Entstehung der Geistesstörungen aus Leidenschaften und suchte ihn durch seine Methoden zu bessern. Zuerst ging er, nach Ladendorfs Schilderung, mit kräftigen Abschreckungsmitteln vor. Dann begann die psychische Behandlung, und zwar zuerst mit dem Erforschen der Ursache, welche er wohl in einer verbrecherischen Gesinnung suchte. Da der Erfolg ausblieb, folgten Dusche, Zwangsmittel und Zelle. Zum Schluß des ersten Aufenthalts suchte er noch einmal in die Entstehung der Geistesstörung einzudringen. — Die zweite Periode beginnt wieder mit Zwangsmaßregeln, es folgten Vorhaltungen und Moralreden, unterbrochen durch Drohungen. Allmählich scheinen sich Arzt und Patient einander angepaßt und genähert zu haben. Man darf wohl annehmen, daß ein besseres Verhältnis zwischen ihnen nicht nur Ladendorfs Verdienst ist, sondern auch auf Einwirkung und bewußter Stellungnahme *Idelers* beruht, und wenn es tatsächlich war, wie Ladendorf triumphierend feststellt, daß *Ideler* ihm gegenüber sein Betragen geändert habe (s. S. 428 o.), so verdient es alle Anerkennung, daß der Psych-

Digitized by Google

iater verstand, sich umzustellen, als er auf einem Wege nicht weiterkam, und nicht eigensinnig auf seinem Kopf bestand. Kennzeichnend für *Idelers* Stellung im Verwaltungsbetrieb ist die Szene mit dem »Verwaltungsdirigenten« (wohl Geheimrat *Esse*), wo er vergeblich für seine Kranken bessere Heizung zu erreichen sucht (S. 17). Ein anderes Mal heißt es, *Ideler* sei machtlos. Ladendorf erwähnt, daß viel schwedische Gymnastik getrieben wurde. Es ist bekannt, daß *Ideler* viel davon hielt.

Über den Betrieb der Irrenabteilung hat Ladendorf ein hartes Urteil gefällt; man weiß ja auch aus geschichtlicher Überlieferung, daß nicht alles war, wie es sein sollte. Ladendorf berichtet aber manches, was man auch als Vorzug deuten kann. Danach hat im Betrieb große Ordnung geherrscht und es wurde auf tadelloses Aussehen der Abteilungen gehalten, sicherlich nicht nur aus unlauteren Gründen und nicht nur zum Schaden der Kranken. Wenn es Vorschrift war, daß bis 9 oder 10 Uhr vormittags alle Reinigungsarbeiten beendet sein mußten, so ist dies eine vorzügliche Bestimmung, vorausgesetzt, daß die dadurch gewonnene Zeit und Ruhe auch wirklich zum Vorteil und zur heilsamen Beeinflussung der Kranken ausgenutzt worden sind. Natürlich wäre es nicht zu billigen, wenn die Arbeiten, vor allem die Bäder der Kranken durch übergroße Eile schlecht ausgeführt worden wären, und wenn der äußere Glanz dem wahren Betrieb nicht entsprochen hätte.

Besonders interessant ist es, was wir über die Beschäftigungstherapie erfahren. Ladendorf stellt es so hin, als ob er selbst sie richtig in Schwung gebracht hätte. Aber er berichtet doch auch, daß die Anwendung der Außenarbeit eine feste Einrichtung darstellte und sogar im Reglement verankert war. Rückhaltlos beistimmen können wir natürlich Ladendorfs Erfahrung über ihre gute Wirkung und seinen Eifer, auch andere für die Außenarbeit zu gewinnen. Auch über sein Lob der warmen Bäder wundern wir uns nicht, interessant ist aber, daß er auch einige ärztliche Maßnahmen, die uns fremd anmuten, wie kalte Kopfdusche und Haarseil, in ihrer Wirkung gar nicht ungünstig beurteilt. Beachtenswert ist Ladendorfs absprechende Bewertung der Zellen, sie mögen freilich mit ihren Zwangseinrichtungen und ihrer schlechten Luft übel genug gewesen sein. Ladendorf nennt sie die »neuen« Marterwerkzeuge und will damit wohl darauf hindeuten, daß *Conolly* und das Non-restraint-System die Abschaffung der alten Zwangsmittel durch eine besondere Art von Polsterzellen zu erleichtern suchten. Bei seinem Tadel denkt Ladendorf offenbar hauptsächlich an die körperlich-hygienischen Wirkungen, die er in hypochondrischer Art überschätzt, aber doch wohl auch an den nachteiligen seelischen Einfluß, den der Zellenaufenthalt haben kann.

Digitized by Google

Ladendorfs hartes Urteil über Zwangsstuhl und Zwangsbett ist uns völlig verständlich, besonders deshalb, weil er bei klarem Bewußtsein ihre Qualen erdulden mußte. Die Wissenschaft war damals aber schon kraftvoll an der Arbeit, diese »Ungeheuerlichkeiten« zu beseitigen, wie er es wünschte.

Schlimmer noch erscheint uns die rohe Behandlung durch die Wärter. An der Richtigkeit seiner Schilderungen ist wohl nicht zu zweifeln, um so weniger, als sie mit zeitgenössischen Berichten übereinstimmen. Man lese nach, was *Damerow* 1842 über die Brutalität des Wärterpersonals der Charité schreibt[3]). Aber auch von den Wärtern berichtet Ladendorf nicht nur Schlechtes, sondern auch Gutes. Zweifelhaft bleibt, wieweit die Zwangsmaßregeln selbständig von den Wärtern ohne ärztliche Anordnung ausgeführt worden sind.

Besonders ungeschickt war, wenn es sich wirklich so zugetragen hat, Ladendorfs erster Empfang auf der Irrenabteilung, ein Musterbeispiel wie es nicht gemacht werden soll. Die Wirkung der ersten Eindrücke einer Anstalt hält oft lange an und beeinflußt das Verhalten der Kranken wesentlich. Wenn bei Ladendorf überhaupt die Wirkungen unzweckmäßiger Maßnahmen nicht so nachteilig zutage traten, so offenbar deshalb, weil er nicht eigentlich geisteskrank war und Disziplinierung bei ihm neben Erbitterung auch Selbstbeherrschung zur Folge hatte.

Nur flüchtig soll noch Ladendorfs Krankheitsbild gestreift werden, soweit sich bei dem Fehlen objektiver Beobachtungen überhaupt ein Urteil darüber fällen läßt. Er scheint im Anfang nicht gerade ein angenehmer Gast gewesen zu sein, befolgt durchaus die Anordnungen nicht, stört systematisch die Ruhe durch Kettenrasseln und tritt offenbar recht anmaßend auf. Wenn man daran denkt, wie manche Psychopathen die Wahrheit verdrehen, wird man damit rechnen, daß er vielleicht nicht so lammfromm war, wie er es darstellt. Eine andere Frage ist, ob man nicht mit ein bißchen Geduld und Freundlichkeit schneller zum Ziele gekommen wäre.

Was Ladendorf über seine Krankheitsempfindungen und inneren Erlebnisse berichtet, fällt wohl restlos in den Rahmen der Nervosität und des Psychogenen: Gehäufte körperliche Mißempfindungen, z. T. deutlich hypochondrischer Art, Verstimmungen, Konzentrationsschwäche, lebhaftes Gedankenspiel mit Glückphantasien, Umdämmerungen des Bewußtseins, bei denen aber, wie er sagt, das »Selbstbewußtsein« immer noch da war. Charakteristisch ist das kindische Beschreiben des Papiers mit Blut, und zwar in bestimmter Absicht (S. 417). Was er Sinnestäuschungen nennt,

[3]) Allg. Psychiatr. *6*, 66.

Digitized by Google

waren meist wohl besonders lebhafte Phantasievorstellungen. Verdächtig auf Sinnestäuschungen ist die Stelle, wo er davon spricht, es sei ihm Medizin ins Essen getan, der Arzt bestreite es aber. Querulatorische Züge fehlen nicht, sein überall zutage tretendes Mißtrauen ist gewiß nicht ohne Berechtigung und zu den gehäuften Beschwerdeschreiben mag auch Anlaß genug vorgelegen haben. Aber der ganze Ton weist doch darauf hin, daß eine große Neigung zu mißtrauischer Auffassung und zum Beschwerdeführen bestand. Ladendorf war also offenbar ein hypochondrisch veranlagter Mensch mit einer psychogenen Haftreaktion, welche durch die Umstände erklärt wird. Weshalb er das zweite Mal so lange in der Charité bleiben mußte, ist nicht recht ersichtlich. Ob er es selbst aus Grauen vor dem Zuchthaus und in Hoffnung auf eine Wendung hinauszuziehen suchte?

Seine Beurteilung hat den Ärzten anscheinend Schwierigkeiten gemacht. Man kann sich vorstellen, daß damals ein so eigenartiges Krankheitsbild mit seinem eindrucksvollen symptomenreichen Anfangsstadium schwer zu deuten war. *Ideler* hat ihn offenbar veranlaßt, seine Erlebnisse (»Krankheitsgeschichte«) selbst zu Papier zu bringen, um in sein Inneres besser einzudringen. Die gerichtlich-medizinische Deputation scheint zu der Annahme gekommen zu sein, daß eine eigentliche Psychose bei ihm nicht vorlag, *Ideler* offenbar später auch, nachdem er ihn anfangs für wirklich geisteskrank hielt.

Ladendorf hat seine Zuchthausstrafe etwa 2 Jahre lang verbüßt, er ist dann einige Monate beurlaubt gewesen und am 6. 5. 1859 begnadigt worden. Schwierigkeiten hat es im Zuchthaus anscheinend nicht gegeben, er hat als »Gartenknecht« gearbeitet und schreibt, von den ersten Tagen abgesehen, nichts von körperlichen Beschwerden. Eine öffentliche Anstellung wurde ihm nach seiner Begnadigung abgeschlagen, der Minister spricht aber in seinem Antwortschreiben von »aufrichtiger persönlicher Teilnahme«.

Es ist immer nützlich, einmal den Blick auf vergangene Zeiten zu richten, wo das mühsam errungen wurde, was wir jetzt unser eigen nennen. Das damals Erstrebte ist aber keineswegs vollkommen erreicht und es gibt immer noch Übelstände, die ebenso beseitigt werden müssen, wie die »Marterwerkzeuge« aus Ladendorfs Zeit.

Digitized by Google

(Aus der Sächsischen Heil- u. Pflegeanstalt Waldheim. Direktor: Oberregierungsmedizinalrat Dr. *M. Weicksel.*)

Über Selbstbeschädigung.

Von
Dr. **Rudolf Klimmer.**

Selbstbeschädigung kann man nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Tieren beobachten. Als ein bekanntes Beispiel von Selbstverletzung unter den Tieren wird das Verhalten der Füchse vielfach berichtet, die, mit einer Pfote im Falleisen gefangen, sich diese zur Wiedererlangung ihrer Freiheit abbeißen. Skorpione töten sich sogar selbst, wenn sie dem Feuer nicht entfliehen können. Nicht immer liegt der Zweck der Selbstverstümmelung so klar, wie in den genannten Beispielen. So ist das Motiv für schwere Bißverletzungen mit Herausreißen ganzer Fleischstücke und Abfressen des Schwanzes bei gefangenen Löwen, Königstigern und Hyänen, über die Hagenbeck berichtet, nicht so leicht zu ergründen, wenn man nicht annehmen will, daß sich ihre grenzenlos gesteigerte Erregung über ihre Freiheitsberaubung in Ermangelung anderer Objekte gegen sich selbst richtet.

Kehren wir nun zum Menschen zurück, und betrachten wir zunächst die Gründe, die zu einer Selbstbeschädigung führen.

Obwohl man theoretisch einzelne Gruppen und Untergruppen voneinander trennen kann, so gehen sie doch in der Praxis vielfach ineinander über, da sie oft Mischungen verschiedener Motive darstellen.

Die Selbstbeschädigungen als die Folge von Selbstbefriedigung sexuellen Dranges bleiben bei Normal-Empfindenden meist auf die Geschlechtswerkzeuge beschränkt und sind oft nur auf einen unglücklichen Zufall zurückzuführen. So kommen durch die Einführung von Gegenständen in die Harnröhre, den After oder andere Körperhöhlen Verletzungen vor, auch dadurch besonders, daß die eingeführten Gegenstände vom Betreffenden nur unter großen Schwierigkeiten entfernt werden können. In hiesiger Anstalt befindet sich ein imbeziller jüngerer Patient, der sich aus mehr oder weniger sexuell betonter Spielerei einen Hemdenknopf in die Nase steckte und ihn nicht wieder heraus bekam. Dieses ist ein Fall leichtester Art, wie er oft in der ärztlichen Praxis beobachtet werden kann.

Digitized by Google

Sadistische Mißhandlungen des eigenen Körpers, die eine Ersatzhandlung und nicht eine psychosexuelle Bevorzugung der eigenen Person sind, werden mehrfach beobachtet. Diese Fälle sind oft schwer von den automasochistischen Mißhandlungen zu trennen, wie auch sadistische und masochistische Gefühle gleichzeitig nebeneinander oder zeitlich getrennt bei ein und derselben Person bestehen können. Diese Fälle sind gar nicht so selten. Die sadistischen Mißhandlungen des eigenen Körpers richten sich meist gegen die primären und sekundären Geschlechtsteile sowie das Gesäß. *Hirschfeld* teilt den Fall eines Herrn v. S. mit, bei dem der ganze Körper mit Narben selbst beigebrachter Ätzwunden bedeckt war.

Besonders interessant ist ein Fall, den *Trömner* mitteilt. Ein 20jähriger Matrose verschluckte als Kind aus Spielerei und Großmannssucht allerlei Gegenstände. Dann tat er dies aus einer triebhaften Regung heraus. Er wurde unruhig und ängstlich, wenn er den Trieb nicht befriedigte. Die verschluckten Gegenstände wurden immer größer. Ihr Verschlucken wurde immer schwieriger und führte schließlich zu einer förmlichen Würgerei. Mit 14 Jahren trat beim Herunterschlucken zum ersten Male »Ejaculatio seminis« auf. Seitdem bestand zwangsläufiger Konnex zwischen Verschlucken und Ejaculation. Er verschluckte in wechselnden Zwischenräumen zur sexuellen Entspannung, trotzdem sich Operationen zur Entfernung der verschluckten Gegenstände mehrfach nötig gemacht hatten. Die Neigung zu Selbstbeschädigungen wurde von dem Augenblick an verstärkt, in welchem dieser Konnex des krankhaften Triebes mit der Sexualerregung hergestellt war. Nebenbei hatte er Zeiten normaler Sexualbetätigung. So hatte er eine Tochter gezeugt.

Gebert berichtet über einen sehr ähnlichen Fall. Es handelt sich hier um einen 31jährigen Mann, der von Beruf Artist, sogenannter Verschlucker, war. Dieser gab an, vor und besonders nach dem Verschlucken Lustgefühle zu empfinden. Bei ihm bestand eine passive, masochistische Einstellung, und die durch das Verschlucken verursachten Schmerzen lösten die bestehende Spannung und verschafften ihm Lustgefühle.

Weiterhin ist bekannt, daß vereinzelt sadistisch, masochistisch veranlagte Menschen allein oder in Gesellschaft zur sexuellen Entspannung sich aufhängen. Es ist hierbei einige Male vorgekommen, daß sie sich dabei erhängt haben, weil sie sich nicht mehr aus der Schlinge befreien oder von Anwesenden befreit werden konnten.

Laforgue weist mit Recht darauf hin, daß Verletzungen von Kindern, die diese nur als scheinbare Dummheiten hinstellen, oft die Folge ihrer masochistischen Phantasie, der Selbstbestrafungstendenz, sind.

Digitized by Google

Um sich dem anderen Geschlecht anzupassen, das spezifisch Geschlechtliche abzuwerfen, kommen bei Männern und Frauen, die transvestitisch oder homosexuell geartet sind, Verstümmelungen der primären und sekundären Geschlechtsorgane vor. So sind mehrere Fälle bekannt, wo derartig veranlagte Männer sich den Penis abgeschnitten, sich selbst kastriert oder sich dieser Operation unterworfen haben, und wo Frauen ihre Brüste verstümmelten oder abgeschnitten haben. So berichten *v. Tange* und *Trostenburg* von einem effeminierten Transvestiten, der sich selbst beide Hoden entfernte und den Hodensack vernähte. *Kankeleit* berichtet einen Fall, wo ein ausgesprochen weibischer Homosexueller sich einen Hoden entfernen wollte und ihn schon außerhalb des Hodensackes hatte. Dieser Patient gab hierzu an: »Ich wollte mir das Ei herausnehmen und in dem Moment, wo ich das gemacht habe, kam mir der Gedanke: Welches ist nun das richtige, vielleicht hast du das Sehnsuchtsei. Da habe ich es wieder reingesteckt, und da wurde es wieder zugenäht.« Berichterstatter führt dieses aber trotz normalpsychologischen Motivs auf Haftreaktion zurück.

Damit kein Samenverlust vorkommt, ist Abbindung oder Verletzung der Geschlechtsorgane besonders bei Schizophrenen beobachtet worden. Einen derartigen Fall berichtet *Kankeleit*. Ein 24jähriger schizophrener Patient mit Neigung zu Depressionen und Selbstverstümmelung hatte sich um Penis und Scrotum einen starken Faden gewickelt. Infolgedessen kam es zur Gangrän, da die Eltern erst ca. 4 Tage nach der Tat dies bemerkten.

Durch begründete oder unbegründete sexuelle Versündigungsideen kann es auch zur Kastration kommen. So kastrierte sich ein 34jähriger Mann, der in Frauensachen onaniert hatte, um seine Versündigung gegen Weib und Sitte zu verstopfen. Er unterband sein Scrotum mit einem Bindfaden und schnitt es langsam und sorgfältig ab, merkwürdig wenig Schmerz fühlend. Trotz erheblicher Blutung hatte er noch die Kraft, die Spuren seines Selbstattentates zu beseitigen und die Bahn zum Krankenhaus zu besteigen. Bei ihm war, wie *Hirschfeld* berichtet, weder Hysterie noch irgendeine geistige Störung nachzuweisen. Er soll vollkommen normal, klar besonnen und sittlich vollkommen gefühls- und urteilsfähig gewesen sein.

Einen sehr eigenartigen Fall von Versündigungs- und Opferidee teilt *Trömner* mit. Ein 25jähriger Reisender, katholisch, schwer belastet, verschluckte einige in 2 Teile zerbrochene Teelöffel, um durch das Verschlucken von gefährlichen Gegenständen gewissermaßen sich selbst zu opfern. Die Verkommenheit und die Trunksucht seines Vaters habe er sich so stark zu Herzen ge-

Digitized by Google

nommen und Gott um ein Mittel gebeten, den Vater zu retten. Da sei ihm dieser Einfall gekommen, weil er überzeugt war, daß sein Vater nur durch sein eigenes Opfer gerettet werden könne.

Daß Sexualverbrecher sich kastrieren oder kastrieren lassen, wird mehrfach berichtet, und man kann von einer instinktiven Selbstauslese sprechen. So drängten 3 in hiesiger Anstalt untergebrachte Kranke auf Kastration, die auch vorgenommen wurde.

Hypereroten, die unter ihrem zu starken Geschlechtstrieb leiden, wenden sich ebenfalls oft an den Arzt mit der Bitte um Kastration.

Daß Menschen während einer Verstimmung oder im Affekt sich selbst beschädigen, wird oft beobachtet. So berichtet *Kankeleit*, daß ein haftpsychotischer Gefangener aus Ärger, weil er den Inspektor nicht sprechen konnte, sich Knöpfe an die Bauchhaut nähte und ein Loch in seine Vorhaut schnitt, um den Penis hochzuknöpfen. Ein anderer moralisch Schwachsinniger schlug sich im Affekt mehr als 20 Nägel durch den Hodensack. In hiesiger Anstalt steckte sich ein jüngerer oligophrener Patient zwei Nähnadeln unter die Bauchhaut, weil er nicht mit zur Gartenarbeit gehen durfte.

Sehr viele Selbstbeschädigungen werden zur Erlangung irgendeines Vorteils unternommen. Es handelt sich hierbei besonders um die Selbstbeschädigungen zum Zweck der Haftentlassung oder des Freikommens vom Militärdienst. Bei letzteren sind Verletzungen der rechten Hand besonders häufig. Auch Schußverletzungen kommen vor. Damit man nicht den Nahschuß erkennen kann, schießen einige zuvor erst durch Brot. Derartige Fälle sind auch in Deutschland zur Zeit der allgemeinen Wehrpflicht und während des Krieges öfters beobachtet worden. *Trömner* berichtet, daß förmliche Selbstbeschädigungsepidemien während des russisch-japanischen Krieges im russischen Heere und während des Burenkrieges im englischen Heere ausgebrochen seien.

Gefangene beschädigen sich selbst, um wenigstens für einige Zeit eine Veränderung ihrer Lage zu erzwingen, oder in der Hoffnung, auf dem Wege zum Krankenhaus oder im Krankenhaus entfliehen zu können. *Kankeleit* berichtet von einem Imbezillen, der mehr als 20mal Fremdkörper in die Harnröhre einführte, um ins Krankenhaus zu kommen. Dieser starb nach Verschlucken mehrerer Löffelstiele an Peritonitis.

Die Selbstbeschädigung ist in den Gefängnissen so häufig, daß man sich ernstlich überlegt hat, ob man die Selbstbeschädiger bestrafen soll. So fordern *Hellstern* und *Fischer* gerichtliche Bestrafung und begründen es damit, daß die meisten psy-

Digitized by Google

chisch nicht abnorm seien und durch die Selbstbeschädigung lediglich einen Vorteil zu erreichen suchen. *Leppmann* ist gegen diese Bestrafung, da das Hauptkontingent auf angeborene Zustände geistiger Schwäche, Psychopathie und Haftreaktion falle, während geistig Gesunde im engeren Sinne in der Minderzahl seien. *Leppmann* meint, daß diese Bestrafung höchstens verbittere und zur Verzweiflung führe. Er schlägt dafür eine sorgfältige objektive Prüfung und Berücksichtigung des körperlichen und seelischen Zustandes vor. In hiesiger Anstalt hat die Selbstbeschädigung, die vorgenommen wird, um in ein Krankenhaus zu kommen und evtl. von dort auszureißen, stark nachgelassen, seitdem die Patienten nicht mehr in ein freies Krankenhaus, sondern in eine andere geschlossene Landesanstalt überführt werden, wo der sich notwendig machende chirurgische Eingriff vorgenommen werden kann.

Die aus Rentengründen vorgenommenen Selbstbeschädigungen haben in den letzten Jahren sehr stark zugenommen. Ihnen liegt die Absicht zugrunde, krank geschrieben zu werden oder aus den Verletzungen pekuniären Gewinn herauszuschlagen. Dieser Versicherungsbetrug ist sogar so weit gegangen, daß einer sich selbst den eigenen Mörder gedingt hatte.

Ein weiterer Beweggrund zur Selbstbeschädigung ist die Sucht nach Morphium; aber auch Operationssucht an sich allein kann Anlaß zur Selbstbeschädigung sein. So berichtet *Gebert* über einen Operationssüchtigen, bei dem schwere geistige Störung nicht vorgelegen zu haben scheint, und der sich 14mal am Magen und Darm operieren ließ. *Liebers* berichtet über einen zügellosen, arbeitsscheuen alkohol- und morphiumsüchtigen Psychopathen, der wegen Betrugs und Diebstahls 11mal vorbestraft war, und der immer dann Löffelstiele oder anderes verschluckte, wenn er sich Morphium erzwingen wollte oder wegen Aufsässigkeit bestraft werden sollte.

Um sich interessant zu machen, seine Person in den Vordergrund zu stellen und um Mitleid zu erwecken, werden besonders von psychopathischen Personen Selbstverletzungen vorgenommen. Aus diesem Grunde werden öfters in Anstalten theatralische Selbstmordversuche inszeniert. Vielfach werden diese Suizidversuche absichtlich mit untauglichen Mitteln unternommen, oder sie werden nach vorheriger Ankündigung oder zu einer Zeit ausgeführt, da die Betreffenden überzeugt sind, daß jemand hinzukommt und die Ausführung unmöglich macht. So ereignete sich in hiesiger Anstalt ein dementsprechender Fall. Ein 54jähriger Psychopath, der kein Paraldehyd bekam, drohte mit den Worten: »Wenn Ihr mir keinen Schnaps (Paraldehyd) gebt, hänge ich mich auf.« Kurz darauf hatte er sich mit seinem Leibriemen an

Digitized by Google

die Zentralheizung gehängt. Nach Abknüpfen atmete er sofort wieder, hatte aber erhebliche Stauungsbeschwerden. Manchmal ereignet es sich dabei aber doch, daß niemand zur rechten Zeit hinzukommt, und so der nicht ernstlich beabsichtigte Selbstmordversuch den Tod des Betreffenden zur Folge hat.

Auch zum Beweis der Unschuld werden Selbstbeschädigungen vorgenommen. So berichtet *Kankeleit*, daß der Patriarch von Konstantinopel Methodius, welcher des Ehebruchs angeklagt war, sich durch öffentliches Zurschaustellen seiner verstümmelten Geschlechtsteile gegen diese Beschuldigung verteidigte. Ferner berichtet *Kankeleit*, daß ein verkommener Säufer, der sich an Schulmädchen und an seiner eigenen Tochter vergangen hatte, sich seinen Penis abschneiden wollte, um ihn dem Gericht zum Beweis seiner Unschuld zuzusenden. Der Eisenbahnattentäter Matuschka fügte sich Verletzungen bei und mischte sich unter die Verunglückten, um den Anschein zu erwecken, daß er als Fahrgast mit verunglückt sei und somit das Attentat nicht begangen haben könne.

Bei Naturvölkern werden Selbstverstümmelungen vielfach aus sexuell-religiösen Gründen vorgenommen. Besondere Verstümmelung der Geschlechtswerkzeuge ist bei ihnen Brauch. Hier sei an die »Mikaoperation« der Zentralaustralier, den »Ampalang« der Dajaken von Borneo, den »Kambi« der Alfuren von Nordcelebes und die weitverbreitete Beschneidung erinnert. Bei den Skopsen, einer christlichen Sekte, die besonders im östlichen Europa verbreitet ist, ist bei Männern das »kleine Siegel« (Wegnahme der Hoden und des Scrotums) oder das »große Siegel« (hier mit Amputation des Penis) üblich. Religiöse und erotische Gefühle vereinigen sich oft zu einer Leidenschaft. Diese religiöse Ekstase macht die Betreffenden oft gegen körperliche Schmerzen unempfindlich. Auch an die indischen Fakire und an die Derwische sei an dieser Stelle erinnert.

An die Mystik der Primitiven mit ihren Zaubervorstellungen und Genitalweihen erinnern oft verschiedene Wahnideen der Geisteskranken. Ein in hiesiger Anstalt befindlicher schizophrener Patient im mittleren Alter hat die wahnhafte Vorstellung, daß er in seinem Mannesalter keine Vorhaut mehr haben dürfe. Er versucht deshalb alle möglichen Mittel (Jodtinktur, Zinkpaste, Höllenstein) zu erlangen, um damit die Vorhaut wegzuätzen. Die zu Selbstbeschädigung führenden Wahnideen sind oft erotisch-sexueller Art, aber auch andere werden genannt. *Courbon* teilt mit, daß sich eine 40jährige Schwachsinnige Stiche und Bisse beibrachte. Sie tat es aus ihrer phantastischen Absicht heraus, um andere Krankheiten zu vermeiden.

Digitized by Google

Bei der Schmerzprüfung stellte sich heraus, daß sie völlig analgetisch war. *Trömner* teilt mit, daß ein mäßig verblödeter Schizophrener ab und zu Holzsplitter und lange Nägel verschluckte, um dadurch das Ungeziefer in seinem Magen zu töten. Ebenso wie Wahnideen können auch Sinnestäuschungen Anlaß zu Selbstbeschädigungen geben. Die Schmerzempfindung ist bei den Geisteskranken meist herabgesetzt, teilweise überhaupt, teilweise nur zur Zeit der Selbstbeschädigung, besonders infolge des bestehenden Affektes. Deshalb sind die Selbstbeschädigungen der Geisteskranken mit die schlimmsten, die beobachtet worden sind. So berichtet *Loeßl* und *Jáki* von einer 18jährigen Schizophrenen, die wahrscheinlich mit den Fingernägeln die hintere Scheidewand, das Gewebe zwischen Scheide und Mastdarm durchriß und die Dickdarmschleimhaut herauszog und abriß.

Zusammenfassend über den Geisteszustand der Selbstbeschädiger kann man sagen, daß Selbstbeschädigungen bei geistig vollkommenen Personen kaum vorkommen. Die meisten sind nur Minderwertige, während der Prozentsatz der wirklich schweren Geisteskranken gering ist. Das deckt sich auch mit den Beobachtungen an hiesiger Anstalt.

Sexuelle Anomalie allein ist nur sehr selten die Ursache zu schweren Selbstbeschädigungen. Der Prozentsatz der Transvestiten und Homosexuellen, die sich selbst verstümmeln, ist zu der großen Menge derartig veranlagter Personen verschwindend gering. Es liegt vielmehr entweder besonders hochgradige Psychopathie oder Haftreaktion vor. Dasselbe gilt auch für die Selbstbeschädigung bei Soldaten und Gefangenen. Über letztere urteilt *Leppmann:* »Ich wüßte nicht, daß ich unter ihnen viele kennengelernt hätte, bei denen ein vernünftiges Abwägen von Risiko und Vorteil hätte vorgenommen werden können. Teils waren es Menschen von wirklich hochgradiger Affektlabilität mit abnormen Stimmungsschwankungen, mit paranoiden Ideen, mit ausgeprägt hysterischen Reaktionen, teils dumme Kerle, die mittaten, was sie von anderen gesehen hatten.« Für sie alle gilt, daß sie ihr Ziel auf nicht normalem Wege zu erlangen suchen. Diese Reaktionsart deutet schon auf psychopathischen Charakter, und durch die dabei meist vorhandene Affektlabilität erklärt sich das oft chronische Rezidivieren.

So verschieden die Gründe sind, die zur Selbstbeschädigung führen, so verschieden sind auch die Methoden, mit denen die Betreffenden die Selbstbeschädigungen ausführen. So werden Fremdkörper unter die Haut, ins Fleisch und in andere Organe oder in die natürlichen Öffnungen eingeführt. Durch Reißen, Hieb, Stich, Schnitt, Verbrennung, Verätzung oder Schuß werden

Digitized by Google

Körperteile verletzt oder vom Körper getrennt. Strangulation, Vergiftung, absichtliche Ansteckung von Krankheiten, selbst mit Syphilis und Tripper, sind beobachtet worden. Eine gerade von Gefangenen bevorzugte Methode ist das Verschlucken fester Gegenstände, da das verhältnismäßig leicht zu verwirklichen ist. Hierbei hat die häufige Beobachtung gezeigt, daß man bei der ärztlichen Versorgung solcher Fälle nicht so ängstlich zu sein braucht, wie man früher annahm. Im allgemeinen ist zunächst nur Bettruhe und Kartoffelbrei und evtl. Sauerkrautdiät angebracht. Körperbewegung ist zu vermeiden. Abführmittel sind kontraindiziert. Der Stuhl ist auf spontanen Abgang der Fremdkörper, Schleim und Blut zu kontrollieren. Da der Fremdkörper in der Rektumampulle steckenbleiben kann, ist öftere manuelle rektale Untersuchung nötig. Wenn man gesehen hat, was für lange, scharfkantige, spitze, zackige, sogar mit Widerhaken versehene Gegenstände den Magendarmkanal passieren und auf natürlichem Wege ausgeschieden werden, so kann man die unglaubhafte Fähigkeit des Verdauungsapparates, derartige Fremdkörper ohne Selbstbeschädigung auszuscheiden, nur bewundern. *Fuchs* teilt den Fall eines Epileptikers mit, der in 25 Einzelfällen insgesamt 391 Fremdkörper verschluckte. Unter diesen Fremdkörpern befanden sich Porzellan- und Glasscherben, Blechstücke, Klingen eines Taschenmessers, Schreibfedern, Steck-, Näh- und Stricknadeln sowie Nägel. Alle diese Fremdkörper haben — allerdings bei gelegentlich etwas Leibschmerzen in der linken Bauchseite — innerhalb 2 bis 4 Tagen ohne Blutung zu verursachen den Magendarmkanal auf natürlichem Wege verlassen. Vor zu eiliger Operation ist zu warnen. Hierzu kommt noch, daß viele Verschlucker bald darauf doch wieder andere Fremdkörper aufnehmen, und die hierdurch erneut notwendigen Operationen mit ihren oft nachfolgenden Verwachsungen die Patienten mehr gefährden als der meist ungefährliche natürliche Abgang. Die Indikationsstellung zum operativen Eingriff ist beim Liegenbleiben der Fremdkörper, ihren Einklemmungen und durch sie bedingten Reizungszuständen gegeben.

Die hiesige Anstalt nimmt als einzige geschlossene Landesheilanstalt Sachsens u. a. auch die im Strafvollzuge Sachsens und Thüringens geistig Erkrankten oder die im Verdacht einer derartigen Erkrankung stehenden zur Beobachtung und Behandlung auf. Bei dieser Zusammensetzung unserer Patienten ist es nicht verwunderlich, daß als Zweckreaktionen auch Selbstbeschädigungen verhältnismäßig häufig zu beobachten sind. Einige Fälle aus den letzten Jahren, die sich durch besondere Hartnäckigkeit auf diesem Gebiete ausgezeichnet haben, seien kurz mitgeteilt:

Digitized by Google

Fall A. war ein schwer degenerierter gewalttätiger alkoholintoleranter Epileptiker, nach dem Körperbau typisch athletisch. Er war 1903 geboren, kam mit 10 Jahren in Fürsorgeerziehung, saß dreizehnmal wegen Betrugs und Diebstahls in Gefangenenanstalten und wurde siebenmal in eine Hupfla[1]) aufgenommen. In hiesige Anstalt wurde er zum erstenmal am 10. April 1929 wegen seiner äußerst heftigen Erregungszustände aufgenommen. Ein andermal wurde er hier untergebracht, da er für absehbare Zeit nicht haftfähig war.

Im Juli 1925 unternahm er durch »Aufschneiden der Adern« einen Selbstmordversuch. Er wurde in der Scheune seines Dienstherrn anscheinend bewußtlos mit einigen blutenden Schnittwunden an beiden Oberarmen aufgefunden. Später machte er einige verworrene Äußerungen, aus denen zu entnehmen war, daß er sich die Schnitte habe beibringen müssen. Andererseits äußerte er, er hätte es wegen Schwermut getan.

Im Juni 1926 unternahm er abermals einen Selbstmordversuch. Als Grund gab er diesmal Trunksucht der Mutter und Verzweiflung über die häuslichen Verhältnisse an.

Ein Jahr später, im Juni 1927, wurde er mit Schnittwunden im Unterarm im epileptischen Anfall in einem Park aufgefunden. A. meinte, er habe sich offenbar die Schnittwunden mit Glasscherben im Anfall zugezogen.

Ende 1927 verschluckte er im Gefängnis aus Verzweiflung über sein verfehltes Leben 3 Löffelstiele, 4 Zahnbürsten und eine Schraube. Er wurde im Stadtkrankenhaus operiert.

Im März 1928 brachte er sich im Krankenhaus oberflächliche Schnittwunden an beiden Unterarmen bei, weil er von der ihn pflegenden Krankenschwester vernachlässigt worden sei.

In einer Hupfla verschluckte er im Juni 1928 einen kleinen Spiegel, dessen Glas er vorher zerbrochen hatte, und eine Nagelfeile, die er sich trotz aller Aufsicht irgendwie angeeignet hatte. Er erklärte nach dem Verschlucken der Gegenstände, daß das Leben für ihn keinen Zweck mehr habe. Einige Tage werde er Schmerzen haben, dann sei alles vorbei. Die Glassplitter entleerte er, die Nagelfeile mußte im Juli operativ entfernt werden.

Im Februar 1929 wurde er wieder untergebracht, weil er in einem Gasthof in starker Erregung und mit blutenden Wunden an beiden Handgelenken aufgefunden worden war. Bei der Aufnahme roch er nach Alkohol. Als Grund seines erneuten Selbstmordversuches gab er die Verhaftung seiner Geliebten wegen Abtreibung an. Über die Ursache seiner Erregungszustände befragt, behauptete er, öfters Stimmen zu hören, die ihm den Befehl geben, sich das Leben zu nehmen.

In hiesiger Anstalt gestand er am 24. Mai 1929, vor etwa 6 Wochen einige Stückchen Draht, die er auf einem Abort gefunden habe, verschluckt zu haben. Er habe dieses getan, weil er den Eindruck gehabt habe, hier nicht wieder herauszukommen und deswegen lieber Schluß machen wollte. Nachher habe es ihm selber leid getan, und er habe viel gegessen, um natürlichen Abgang der Fremdkörper zu erreichen, was aber nicht geschehen sei. Heute nachmittag habe er das Essen ausgebrochen, und dabei sei Blut gewesen. Auch habe er Schmerzen im Leib. Am 27. Mai 1929 wurde A. im Krankenhaus operiert. Aus dem Magen wurden 6 etwa 7 cm lange Drähte entfernt.

[1]) Heil- und Pflegeanstalt.

Digitized by Google

Im September 1929 brachte er sich einen etwa 8 cm langen Schnitt am Hals bei, der nur die Haut durchtrennte.

Am 10. Oktober 1929 gab ein Pat. an, daß A. ein kleines Messer mit geöffneter Klinge verschluckt habe. A. beteiligte sich wie üblich am Gartengang und tat, als wenn nichts geschehen sei. Aber während der Visite saß er gebückt und verstimmt in einer Ecke. Er gab zu, ein Messer, eine lange Nadel und einen Nagel verschluckt zu haben aus Rache und Ärger darüber, daß er abends nicht das gewünschte Schlafmittel erhalten habe. Am 11. Oktober 1929 wurde ihm ein offenes Taschenmesser und eine Sattlernadel operativ entfernt.

Die nächsten Tage war Patient dauernd schwankender Stimmung und am 29. Oktober 1929 kratzte er an seiner Operationsnarbe herum, so daß sie frisch verbunden werden mußte. Am 4. November 1929 riß er 3 Stück Scheuerleisten aus seinem Zimmer heraus und schob 3 Nägel davon in die Bauchwunde. 2 davon zog sich Pat. selbst wieder heraus, der 3. mußte ärztlicherseits entfernt werden.

Am 12. November 1929 war A. abermals auffallend verstimmt. Er klagte über Leibschmerzen und wollte ins Stadtkrankenhaus zurück. Abends rannte er mehrmals mit dem Kopf gegen Wände und Fenster. 4 Tage später wetzte er am Fenster einen Blechknopf und brachte sich damit eine etwa 7 cm lange oberflächliche Verletzung an der Nahtstelle des Unterleibes bei.

Am 3. Januar 1930 wurde bei ihm ein Messergriff gefunden. Er gab an, die abgebrochene Klinge verschluckt zu haben. 2 Tage später zog er aus seiner Matratze Bindfäden heraus und legte sie um den Hals, um sich angeblich aufzuhängen. Die abgebrochene 8 cm lange, 2 cm breite Messerklinge schied er am 10. Januar 1930 mit dem Stuhlgang aus.

Am 2. Juli 1930 unternahm er — inzwischen wieder entlassen — in der Zentralherberge einen Suizidversuch. (Schnittwunden an Hals und Oberbauch mit einer Rasierklinge.) Der Grund hierzu sei Ärger in der Herberge gewesen.

A. wurde am 16. September 1930 wegen eines Narbenbruches operiert. 6 Tage später entfernte er heimlich in der Nacht die Nähte aus der Operationswunde.

Am 3. November 1930 wurde er wegen eines Selbstmordversuchs und wegen epileptischer Anfälle nach einer Hupfla verlegt. In dieser Anstalt schlug A. am 16. Februar 1931 eine Fensterscheibe ein, verletzte sich an beiden Handgelenken und wurde isoliert. Trotz Kontrolle hatte er ein Stück Glas behalten und verletzte sich nochmals damit.

Am 8. August 1931 starb A. in hiesiger Anstalt im epileptischen Koma an Lungenentzündung.

Fall B. Ein asozialer Psychopath, ein reiner Pykniker, der Morphiumsucht vorschützte, um jeweils bestimmte Zwecke wie Unterbringung auf öffentliche Kosten oder besonders rücksichtsvolle Behandlung dadurch zu erreichen. B. war 1897 geboren, von Beruf Akrobat. Er wurde zum erstenmal am 21. August 1928 wegen Psychopathie in hiesiger Anstalt aufgenommen. Im ganzen war er sechsmal in Landesheilanstalten, hatte 16 Vorstrafen wegen Sittlichkeitsdelikts, Diebstahls, Unterschlagung, Hehlerei und Sachbeschädigung.

Digitized by Google

Er gab an, daß er 1924 in französischer Haft Fremdkörper verschluckt habe. 1925 wäre ihm eine Spiralfeder, die er 14 Monate zuvor verschluckt haben will, operativ mit anschließender Dünndarmresektion entfernt worden. Nach seiner Flucht nach Berlin wurde er dort verhaftet und sollte ausgeliefert werden. Um dieses zu verhindern, habe er sich selbst krank gemacht und in seiner Verzweiflung sogar verschiedene Selbstmordversuche unternommen. Er habe versucht, sich aufzuhängen, sei aber abgeschnitten worden; er habe sich die Pulsader aufgeschnitten, Löffelstiele verschluckt und sich wiederholt mit Messern in den Leib gestochen. Er sei deswegen sechsmal operiert worden; da er in eine Anstalt sollte, habe er sich Nägel ins Knie und in die Brust geschlagen, habe sich mit einem Rasiermesser die Brust aufgeschnitten und andere Selbstbeschädigungen verübt. Pat. gibt fernerhin an, daß er zuweilen ganz plötzlich Wutanfälle bekomme, in denen ihm alles ganz gleich sei, und er dann alles kaputt schlage. Nach der Tat habe er oft keine Erinnerung mehr daran. Mehrmals sei er mit dem Kopf gegen die Fensterscheibe gerannt, habe später angeblich nichts mehr davon gewußt, sondern sei erst wieder zu sich gekommen, als er verbunden wurde.

Der körperliche Befund war im August 1928 folgender: »Über Brust und Leib erstrecken sich ausgedehnte alte Narbenzüge, besonders auch in der Nabelgegend. Auf dem rechten Oberarm sind 4, und auf dem linken 1 längliche schmale Narbe (Reste von Zellgewebsentzündung, die durch Morphiumspritzen hervorgerufen waren). Ein breiter Narbenzug zieht von der Streckseite des rechten Oberarms herab (angeblich von Verschüttung herrührend). Eine 8 cm lange, quer verlaufende Narbe befindet sich oberhalb des linken Handgelenks (Suizidversuch 1922). Die Haut des rechten Schultergelenks ist völlig von narbigem Gewebe durchsetzt; gleichfalls die Haut der linken Kniegelenksgegend (Schußverletzung 1923). Auf beiden Oberschenkeln sind zwei längliche Narben (von Mo.-Abszessen). Beide Unterarme sind dicht mit Tätowierungen bedeckt.« Alle Hautreize wurden nur undeutlich empfunden. Pat. konnte oft nicht sagen, ob er mit der stumpfen oder mit der spitzen Seite der Nadel berührt wurde.

Als B. im August 1928 sich im Krankenhaus zu einer Beobachtung auf seinen Geisteszustand aufhielt, fing er zu lärmen an und zerschlug zwei starke Fensterscheiben. Er mußte für die Nacht gefesselt werden, befreite sich aber aus den Fesseln und verstümmelte sich selbst, indem er eine alte Magenoperationsnarbe oberflächlich aufschnitt. Vom Krankenhaus wurde er wegen Verdachts auf Geisteskrankheit am 21. August 1928 hierher überwiesen. Unter der hiesigen Behandlung beruhigte sich B. sehr schnell und konnte schon am 9. September 1928 gebessert in den Strafvollzug zurückverlegt werden.

In der Gefangenenanstalt reagierte B. während einer Morphiumentziehungskur mit Erregungszuständen. Er wurde deswegen am 1. Oktober 1928 zum zweitenmal hier zugeführt. Mitte desselben Monats konnte er gebessert in die Strafe zurückgegeben werden. Dort verschluckte er alsbald einen drahtumwickelten Löffelstiel, dessen Entfernung aus dem Dünndarm vom Chirurgen abgelehnt wurde, weil keine akuten Gefahrensymptome beobachtet wurden. Ob der Pat. wirklich so heftige Schmerzen hatte, wie er angab, mußte dahingestellt bleiben. Jedenfalls aber versuchte er, Morphium und Operation für sich zu erpressen.

Anfang Januar 1929 nahm er in der Pallisadenzelle ernste, auf starke

Digitized by Google

Störung der Schmerzempfindlichkeit hinweisende Selbstbeschädigungen vor. Er zerfleischte sich die rechte Brust mit einem Glassplitter und schlitzte die Bauchdecke in der Mittellinie auf. Auch trieb er einen Nagel bis zum Peritoneum vor. Die ganze Zimmerwand hatte er mit Blutabdrücken seiner Hand befleckt. Er wurde hierauf von der Gefangenenanstalt sofort in das Krankenhaus verlegt.

Dort wurde am 12. Februar 1929 der verschluckte Löffelstiel aus dem Dünndarm entfernt. Die anfangs reizlose Wunde begann aber alsbald wieder zu klaffen, vermutlich weil B. absichtlich nachgeholfen hatte. Da er sich der Hausordnung des Krankenhauses nicht fügte, mußte er alsbald in den Strafvollzug zurückgegeben werden.

Am 13. März 1929 wurde er zum drittenmal in hiesiger Anstalt aufgenommen, da er sich als strafvollzugsunfähig erwies. Hier riß er sich am 6. Mai 1929 abends die Narbe von der letzten Bauchoperation oberhalb des Nabels etwa 10 cm lang mit einem Glassplitter wieder auf. Auch an der rechten Brustseite brachte er sich eine etwa 5 cm lange oberflächliche Schnittwunde bei. Aus dem rechten Mundwinkel hing eine etwa 10 cm lange Antennenlitze heraus. An dieser sollte sich ein angebundener und verschluckter Eßlöffel befinden.

Pat. wurde ins Krankenhaus überwiesen. Das Röntgenbild zeigte im Magen einen Löffelstiel, der an einem Draht befestigt war. Der Patient lehnte zunächst Operation ab und zog am nächsten Tag den Stiel am Draht heraus, worauf er wieder in hiesige Anstalt zurückverlegt werden konnte.

Am 24. Mai 1929 war Pat. wiederum stark verstimmt und hatte sich mit Glassplittern erneut die Operationsnarbe aufgekratzt. Außerdem hatte er Zwecken aus dem Pantoffel entfernt und sich diese in die Haut des Knies gesteckt. Ein Röntgenbild vom 1. Juni 1929 zeigte medial und lateral von der Kniescheibe je einen Fremdkörper. Am 3. Juli 1929 wurde ein 2 cm langer Draht, der medial von der Kniescheibe lag, entfernt. Am 8. Juli 1929 wurde dann auch der andere Fremdkörper, eine Kammzinke, entfernt. Am 8. September 1929 gab B. an, noch eine Kammzinke unter der Haut des linken Knies zu haben. Diese wurde auf sein wiederholtes Drängen durch Inzision entfernt. 10 Tage später wurde abermals eine Kammzinke entfernt.

Am Tage darauf hatte er wiederum mit einem Glassplitter an seiner Operationsnarbe herumgekratzt, so daß diese ziemlich stark blutete. Ferner brachte er sich 2 Schnitte ins Knie bei. Am 2. Oktober 1929 konnte er versuchsweise dem Strafvollzug wieder zugeführt werden.

Dort stieß sich B. alsbald eine abgebrochene Kanüle heimlich in den rechten Oberarm. Durch nachträgliche Manipulation kam es an dieser Stelle zur Eiterung. Ein zweiter Eiterungsprozeß an diesem Oberarm war wahrscheinlich durch absichtliches nachträgliches Wundaufreißen, Beißen und Einschmieren von Tabak und Schmutz entstanden. Nach dem Bericht des Gefängnisarztes wütete B. fortgesetzt in unsinniger Weise gegen seinen Körper und erpreßte mit der Drohung weiterer Selbstbeschädigungen Morphiumspritzen. Auf diese Weise sollte er durchgesetzt haben, was ihm beliebte. Deswegen wurde er am 5. November 1929 zum viertenmal in hiesige Anstalt überführt. Morphiumabstinenzerscheinungen zeigte er hier nie, obwohl er nie Mo. erhielt. Am 16. Januar 1930 konnte er, da nichts weiter hier vor-

Digitized by Google

gefallen war, gebessert in den Strafvollzug zurückgegeben werden, aus dem seine Entlassung unmittelbar bevorstand.

Fall C. Ein 36jähriger leptosomer Hysteropath, der am 15. November 1928 wegen Selbstgefährlichkeit aus einer Gefangenenanstalt in hiesige Anstalt überwiesen wurde. Er war vierzehnmal wegen Unterschlagung, Diebstahls und Widerstands bestraft worden.

In der Gefangenenanstalt hatte C. Anfang Oktober 1928 in starker Erregung einen Löffelstiel verschluckt. Tags darauf wurde er im Krankenhaus geröntgt. Dabei wurde festgestellt, daß der Stiel bereits den Magen passiert hatte und im Darm war. Es sollte deshalb nicht sofort operiert, sondern zunächst abgewartet werden. Darüber regte sich C. derart aufs neue auf, daß er bei der Mahlzeit, die ihm im Krankenhaus gereicht wurde, sofort wieder einen Löffelstiel verschluckte. Nunmehr wurden mittels operativen Eingriffs beide Fremdkörper entfernt.

Bei der Untersuchung in hiesiger Anstalt wurde völlige Analgesie der gesamten Hautdecke festgestellt.

Über die Motive zu seiner Selbstverletzung befragt, gab er an, daß er den zweiten Löffelstiel nur aus Angst vor Rückführung in den Strafvollzug verschluckt habe.

Ende März 1929 erkrankte Patient mit Fieber, Schmerzen in der unteren rechten Bauchgegend, Brechreiz und allgemeinem Übelbefinden. C. wurde sofort operiert, wobei schwere Adhäsionen der Baucheingeweide bei Fehlen frischer Entzündungen festgestellt wurden.

Als ihm am 5. Juni 1929 die Ablehnung seines Gnadengesuches mitgeteilt wurde, verschluckte er in Verstimmung darüber einen Löffelstiel. Am 10. Juni 1929 hatte er sich abermals einen Löffel angeeignet und ihn zerbrochen. Am Abend gab er ihn jedoch wieder zurück und erklärte, daß er lange mit sich gekämpft habe, ob er ihn verschlucken solle; er habe es aber doch schließlich gelassen. Am 21. Juni 1929 wurde der verschluckte Löffelstiel, der noch im Dünndarm saß, operativ entfernt.

Anfang August 1929 konnte er von hier aus strafvollzugsfähig in die Gefangenenanstalt zurückgegeben werden.

Fall D, ein 30jähriger Zeichner, wurde wegen Psychopathie zum erstenmal am 1. August 1924 aus einer Gefangenenanstalt, wo er sehr erregt war, in hiesige Anstalt eingeliefert und zwar dreimal hier. Er war von pyknischem Habitus. An beiden Armen hatte er Tätowierungen. An Degenerationszeichen wies er starke Hinterhauptshöcker und angewachsene Ohrläppchen auf. Die Corneal- und Conjunktivalreflexe waren aufgehoben. Der Gaumenwürgreflex war stark herabgesetzt. Einwandfreie hysterische Anfälle wurden beobachtet.

Er war als uneheliches Kind bei fremden Leuten und dann im Kloster aufgewachsen. Seine Schulzeugnisse sollen sehr gut gewesen sein. Im März 1917 wurde er aus dem Kriegsdienst wegen Nervenerkrankung entlassen. Durch Arbeitslosigkeit und Armut kam er immer mehr herab. In Stellungen bekam er überall Krach, da er sich nichts sagen ließ. Er wurde sehr oft wegen Bettelns, Landstreichens, Betrugs, Diebstahls und Einbruchsdiebstahls bestraft. Ende 1926 wurde ihm nach einem schweren Fahrraddiebstahl der § 51 vom Gericht zugebilligt, und er kam am 12. Januar 1927 zum zweitenmal

Digitized by Google

als gemeingefährlicher Kranker hierher. Nach 4 Monaten konnte er gebessert in ein Männerheim der Heilsarmee entlassen werden.

Sein Verhalten führte jedoch sehr bald zu einer Wiederaufnahme in eine Heilanstalt. Er verschluckte am 14. Juni 1928 2 Holzlöffel, da er aus dieser Anstalt nicht alsbald entlassen werden konnte. Pat. klagte am nächsten Tag über Beschwerden in der Magengegend. Es bestand Druckempfindlichkeit im rechten Mesogastrium. Wegen seiner Gemeingefährlichkeit wurde er zum drittenmal am 15. Juni 1928 in hiesige Anstalt verlegt. 3 Tage nach dem Verschlucken, am 17. Juni 1928, entleerte er 2 je 14 cm lange, 3 cm breite aus Metall bestehende Kaffeelöffel. Die beiden Löffel waren glatt zusammengelegt und mit Kot umhüllt. D. hatte bei der Stuhlentleerung keinerlei Schwierigkeiten. Später äußerte Patient, er habe die Löffel verschluckt, um ins Krankenhaus zu kommen und dort abzurücken. Am 15. Juli 1929 konnte er, nachdem er sich die letzte Zeit geordnet verhalten hatte, gebessert entlassen und der Fürsorge übergeben werden.

Fall E. Ein 30jähriger Arbeiter, Psychopath, der aus einer Gefangenenanstalt in hiesige Anstalt zur Beobachtung seines Zustandes verlegt wurde. Pat. schien sich gefährlich, er bot zunächst das Bild einer Haftpsychose.

Seit dem 18. Lebensjahr hatte E. die meiste Zeit in Gefangenenanstalten zugebracht. Er war zehnmal wegen Diebstahls, Rückfallsdiebstahls, Bettelns usw. vorbestraft. Nach dem Körperbau war E. dem athletischen Typ zuzuweisen. Er hatte Tätowierungen an beiden Armen. Die Corneal- und Conjunktivalreflexe waren stark abgeschwächt, es bestand totale Schmerzunempfindlichkeit gegen Nadelstiche am ganzen Körper, ausgenommen Lippen, Mund und Nasenschleimhaut.

Die psychische Untersuchung ergab: unterdurchschnittliches Schulwissen, annähernd durchschnittliches logisches Denken. Pat. war leicht deprimiert. Er war stets ein impulsiver, haltloser, zerfahrener Mensch, der in seinen Stimmungen hin und her pendelte und in keiner Weise sich einzupassen vermochte. Pat. gab an, daß er in der Aufregung nicht wisse, was er tue. So habe er in diesem Zustande auch Glas und Metallstücke verschluckt. Er sei das letzte Mal, als er Glas verschluckt habe, so erregt gewesen, daß er sich daran gar nicht mehr genau erinnern könne. Er sehe die Sinnlosigkeit des Selbstbeschädigens ein.

Bevor er mit 29 Jahren zum drittenmal in eine Gefangenenanstalt eingeliefert wurde, hatte er sich die Pulsader geöffnet, zahlreiche Fremdkörper und zuletzt einen Löffelstiel und eine Gabel verschluckt.

Im Zuchthaus klagte er von Anfang an über Leibschmerzen, und einige Tage nach seiner Einlieferung (14. Juni 1927) mußte ihm deshalb Bettruhe verordnet werden. Es gingen dann bald zahlreiche Blechstücke im Stuhlgang ab. Eine Durchleuchtung am 30. Juli 1927 ergab, daß noch 2 Reißzwecken im Darm lagen. Ende Juni wurde E., da er völlig schmerzfrei und reizlos war, ausgebettet. Bald darauf verletzte er sich mit einem Draht die Harnröhre, damit er blutigen Urin bekam.

Am 27. Juli 1927 bekam er in der Nacht einen Wutanfall. Er zerschlug Scheiben und verschluckte Glas. Am nächsten Tag klagte Patient über Leibschmerzen. Der Leib war weich, ohne objektiven pathologischen Befund.

Am 30. Juli 1927 wurde er in hiesige Anstalt verlegt. Bettruhe wurde verordnet. Am 3. und 5. August war immer noch Abgang von Glassplittern

Digitized by Google

im Stuhlgang nachzuweisen. In der rechten Wange hatte Patient noch eine Nadel sitzen, die er sich angeblich in der Gefangenenanstalt eingestochen hatte. Diese wurde Mitte Oktober entfernt. Am 26. April 1928 konnte Pat. gebessert in den Strafvollzug wieder zurückgegeben werden. Mitte August 1928 wurde er aus der Gefangenenanstalt entlassen.

Fall F. Ein 30jähriger Psychopath, von Beruf Arbeiter, Fleischergeselle, Artist und kaufmännischer Angestellter. Er war wegen Diebstahls, Urkundenfälschung, Betrugs und Kuppelei siebzehnmal mit Freiheitsstrafen vorbestraft. In der Schule hatte er gut gelernt und besuchte darnach die Fleischerfachschule.

Bereits 1916, im Felde, hatte er aus Ärger über seinen Leutnant durch Brustschuß einen Selbstmordversuch unternommen.

Im November 1924 unternahm F. einen weiteren Selbstmordversuch und zwar aus Ärger darüber, daß er ins Gefängnis eingeliefert wurde. Er verschluckte einen Eßlöffel, einen Kopierstift und 5 vierfach zusammengelegte Blumendrähte. Er wurde in das Stadtkrankenhaus überführt, wo ihm durch Gastrotomie die Fremdkörper entfernt wurden. Als er nach Wiederherstellung in das Gefängnis zurückgebracht werden sollte, weigerte er sich mitzugehen, schlug ein Fenster ein, rannte mit dem Kopf gegen die Wand und brachte sich mit einer Glasscherbe Schnittwunden am Arm bei. Am 6. Dezember 1924 wurde er auf eigenen Wunsch aus dem Krankenhaus entlassen.

Anfang Januar 1925 suchte er sich aus Ärger über seine Braut, mit der er schon einige Jahre zusammen wohnte, durch 10 Veronaltabletten zu vergiften. Am nächsten Mittag wurde er wegen Vergewaltigung einer Frau verhaftet. Auf der Polizeiwache hatte er vor Wut — »ich kann überhaupt keine Polizei sehen, ohne daß es bei mir kocht« — erst sein Messer sich durch den Arm gestoßen und dann versucht, die Pulsader aufzuschneiden. Er wurde deswegen am 13. Januar 1925 in die Universitätsnervenklinik eingewiesen. Dort verschluckte er am 14. Januar 1925 einen Löffelstiel, um dadurch seine Überführung in die chirurgische Klinik zu erzwingen, was am nächsten Tag erfolgte. Überhaupt versuchte er stets durch sein Verhalten etwas zu erreichen.

Am 5. November 1927 wurde er zum zweitenmal in die Universitätsnervenklinik aufgenommen, nachdem er am Tag zuvor 6 Löffel (Bestätigung durch Röntgenuntersuchung) verschluckt hatte. Patient wurde 3 Tage später zwecks Weiterbehandlung auf eine chirurgische Abteilung verlegt.

Am 23. Dezember 1927 wurde er von einem Amtsgericht erstmalig in hiesige Anstalt eingeliefert.

Er war von athletischem Körperbau. Der Gaumenwürgreflex war abgeschwächt und die Sensibilität in allen Extremitäten ungestört.

F. machte einen intelligenten Gesamteindruck, wenn man von seiner kindlichen Großsprecherei und seiner Einsichtslosigkeit gegenüber Selbstverletzung absah. Eine echte Geistesstörung war bei F. nicht festzustellen. Er neigte aber in hohem Maße zu psychopathischer Haltlosigkeit und zu Erregungszuständen; er war geistig wie sozial minderwertig.

Bei seiner Zuführung in die hiesige Anstalt am 23. Dezember 1927 gab er an, daß er aus Erregung über eine Strafe zweimal einen Suizidversuch mit Veronal gemacht habe. Früher habe er in der Haft in der Erregung mehrmals Glas- und Metallstücke verschluckt und sich durch Schnitte verletzt. Er sehe durchaus ein, daß er sich dadurch nur selbst schade, aber er könne in der

Digitized by Google

Erregung nicht anders handeln. Er gab ferner zu, die Selbstbeschädigungen vorgenommen zu haben, um aus der Haft in ein Krankenhaus zu kommen.

Am 14. Januar 1928 gab Pat. an, er glaube, »einen Holzlöffel in seinen Gedärmen zu haben«. Beschwerden habe er aber keine. Die hierauf vorgenommene Untersuchung, auch per rectum, ergab keine Anhaltspunkte für seine Behauptung.

Am 4. Februar 1928 drohte F. mit Gewalttätigkeiten, wenn er nicht sofort herauskomme. Er bliebe keine Stunde länger lebend hier. Er wolle sich die Augen ausstechen u. a. m. Energisch angefaßt und vor die Alternative gestellt, sich zu mäßigen oder auf eine noch gesichertere Abteilung verlegt zu werden, bekam er sich etwas in Gewalt und versprach, sich zu halten.

Am 9. Februar 1928 konnte er gebessert nach Hause entlassen werden.

Ein Jahr später, wieder in einer Gefangenenanstalt, hatte er sich mit einem Stück Spiegelglas in den Arm geritzt. Er gab dieses am 14. Februar 1929 ab, verweigerte aber die Nahrungsaufnahme und drohte, sich ein Auge auszustoßen. Wegen seiner psychopathischen Reaktionsbereitschaft war er für den normalen Strafvollzug ungeeignet und wurde am 15. Februar 1929 zum zweitenmal in hiesige Anstalt gebracht.

Am 27. Mai 1929 wurde er in soporösem Zustand aufgefunden. Nach Angabe eines Mitpatienten hatte er Tabletten genommen und sollte außerdem angeblich eine Rasierklinge verschluckt haben. Letzteres stimmte aber nicht, da er den fehlenden Teil der Rasierklinge in Papier eingewickelt unter die Vorhaut geklemmt hatte. Der Befund war kein schwerer; Pupillen reagierten, Pat. war zunächst schläfrig benommen, jedoch zeitweise voll ansprechbar. Er gab an, 5 g Veronal verschluckt zu haben.

Am nächsten Morgen war er schon wieder sehr erregt und verlangte unter wüsten Drohungen Paraldehyd. Am Mittag im Beisein eines Pflegers nahm er einen Löffel, als wollte er damit essen. Aber im gleichen Augenblick zerbrach er ihn und verschluckte den Stiel, ehe es verhindert werden konnte. Er gab an, daß er vorgestern einen Bleistift mit Hülse, ein Taschenmesser und ein Päckchen Kupferdraht verschluckt habe. Der Direktion werde er es so schwer wie möglich machen. Am Nachmittag klagte er über Leibschmerzen. 3 Tage später drohte F. weiter, aß nur unregelmäßig und weigerte jede Maßnahme zur Beförderung der Entleerung. Erst 5 Tage später war Pat. zugänglicher, aß Kartoffelmus, erhielt Calomel und ließ sich Einläufe geben. Am 4. Juni 1929 gingen die verschluckten Gegenstände bei der Stuhlentleerung bis auf das 8 cm lange Taschenmesser mit ab, das 4 Tage später folgte.

Am 15. Juli 1929 konnte F., nachdem in hiesiger Anstalt nichts weiter vorgekommen war, strafvollzugsfähig in die Gefangenenanstalt zurückgegeben werden. Dort brachte er sich am 4. August 1929 mit einem Stückchen Glas mehrere Verletzungen am Unterarm bei. Doch beruhigte er sich noch am selben Tag nach einer Spritze aqua destillata recht gut.

Am 17. August 1929 verschluckte er einen Löffelstiel, den er an einem Stück Draht befestigt hatte. Als ihm eröffnet wurde, daß er nicht operiert werde, entfernte er selbst den Draht mitsamt dem Löffelstiel. Am 9. Oktober 1929 wurde er aus der Gefangenenanstalt entlassen.

Fall G. Ein debiler außerordentlich erregbarer Psychopath, athletisch gebaut, 1908 geboren, kam schon frühzeitig in Fürsorgeerziehung. Er wurde bestraft wegen Betrugs, Unterschlagung und Brandstiftung.

Digitized by Google

Schon in seiner Jugend war er ein sehr schwieriger Mensch. Er war von je ein debiler Psychopath mit vorwiegend gestörtem Affektleben. Aus geringfügigstem Anlaß kam er schon in sinnlose Erregung. Er war starrsinnig gegen jede fürsorgerische Maßnahme. Durch seine Agressivität war soziale Gefahr gegeben. Er wurde als Affektverbrecher, als Verbrechernatur bezeichnet.

Er wurde am 5. November 1927 zum erstenmal in hiesige Anstalt eingewiesen. Körperlich bot er nichts Besonderes.

Am 16. Januar 1928 wollte er sich mit einem Wäschestück erwürgen. Als ihm die Luft zu knapp wurde, und er den Knoten nicht mehr öffnen konnte, klopfte er an seine Zimmertür.

2 Tage später verschluckte er einen Blechdeckel einer Schnupftabakdose. Pat. klagte über Schmerzen im Leib und war sehr abweisend. Schon 2 Tage später entleerte er den Dosendeckel mit dem Stuhlgang. Er war wieder zugänglicher und sah sein Unrecht ein.

Am 14. April 1928 gab er an, eine Nadel verschluckt zu haben. An diesem Abend wurde von einem Mitpatienten bemerkt, daß sich G. mit einer abgebrochenen Rasierklinge die rechte Pulsader aufzuschneiden versuchte. Starker Blutverlust trat ein, ohne daß die Unterarmfascie, die Sehnen und das Gefäß verletzt waren. In der Nacht entfernte er den angelegten Verband und zog die Nahtfäden aus der Wunde. Am nächsten Tag kratzte er den Kalk von der Wand und streute ihn in die Wunde. Einen Stärkeverband riß er nach 2 Stunden wieder ab. Über Nacht bekam er zum Selbstschutz eine feste Jacke an. Am nächsten Morgen hatte er den rechten Ärmel der festen Jacke zerbissen, den Verband entfernt und die Wunde wieder mit Kalk bestreut. 4 Tage später, am 18. April 1928, entleerte Pat. mit den Faeces 11 je 5 cm lange, mit Widerhaken versehene Strickmaschinennadeln, die er annehmbar bei der Gartenarbeit gefunden hatte.

Am 19. September 1928 hatte Pat. Fieber und starke Leibbeschwerden mit ausgesprochener Druckempfindlichkeit des ganzen Abdomens. Auf Befragen gab. Pat. an, vor 3 Tagen in Verstimmung ein Stück Rasierklinge verschluckt zu haben. Wegen Verdachts auf Darmperforation und peritoneale Reizung wurde er ins Krankenhaus verlegt. Dort wurde am nächsten Tag eine Webnadel aus dem Magen entfernt. Sie hatte kurz vor dem Pylorus die Magenwand durchbohrt und war mit der Spitze in die Leber eingedrungen.

Als G. etwa einen Monat später wieder in hiesiger Anstalt war, gab er an, daß er aus dem Krankenhaus habe ausreißen wollen.

Einige Tage später erzählte er dem Personal, daß er eine Rasierklinge verschluckt habe. Wie sich später herausstellte, war dies nur eine falsche Angabe, die er nur gemacht hatte, um etwas zu erreichen.

Bald darauf riß er den Verband von der Operationswunde ab und bohrte in der Wunde herum. 10 Tage später riß er den Verband abermals ab und mußte, nachdem eine Spritze Scopolamin-Morphium ohne Erfolg gewesen war, zu seinem Schutze eine feste Jacke erhalten.

Im Juni 1929 hatte G. in einer neuen Erregung sein Hemd zerrissen und mit diesen Stoffstreifen seinen Hodensack unterbunden. Ohne Folgen zu hinterlassen, konnte der Stoffstreifen entfernt werden.

Am 18. Juli 1929 klagte er über Leibschmerzen und erklärte, daß er einige Löffelstiele verschluckt habe. Er äußerte dabei, daß er sein Leben gründlich satt habe. Auf Anraten eines Mitpatienten (Fall C.) habe er die Löffelstiele verschluckt in der Hoffnung, daß er sterben werde. Nun habe er schon wieder eingesehen, daß es Dummheit sei, was er gemacht habe. Er

Digitized by Google

bringe aber den Mut zum Leben nicht auf. Er verlangte von selbst nach einer festen Jacke, welche ihm auch gegeben wurde, damit er keine Selbstbeschädigungen mehr machen könne. 3 Tage später befanden sich die 2 abgebrochenen Löffelstiele im Stuhl, auch waren 2 größere etwa 15 cm lange Drahtstücke (Pfeifenräumer), die er laut Angabe im April verschluckt haben will, mit fortgegangen.

Im August 1929 hatte er sich den Hals mit einem Taschentuch abgeschnürt. Dieses wurde noch rechtzeitig entfernt.

Im November 1929 riß er den Saum vom Bettuch ab und schnürte ihn um den Hals. 2 Tage später hatte er sich einen Faden abermals fest um den Geschlechtsteil geknüpft, so daß der Penis blau unterlaufen war. Um weiteren Unfug zu vermeiden, wurde Packung verordnet. Ungefähr $^1/_2$ Jahr später, am 30. Juni 1930, konnte G. gebessert entlassen werden.

Schon 9 Tage später hatte er in vollständig betrunkenem Zustand in Dresden eine Straßenlaterne zerschlagen, sich auf den Bürgersteig gesetzt und die Glasscherben verschluckt. Wegen Leibschmerzen kam er ins Krankenhaus und wurde dort nur diätetisch behandelt. Im Krankenhaus verschluckte er 2 Schlüssel am 12. Juli 1930 aus Ärger darüber, daß er auf Antrag der Amtshauptmannschaft wieder nach Waldheim zurückgebracht werden sollte.

Am 14. Juli 1930 wurde er wieder in hiesige Anstalt eingeliefert. Bei der Stuhlentleerung am 16. Juli 1930 gingen 2 etwa 8 cm lange Schlüssel mit ab.

Am 23. August 1930 verschluckte G. einen Löffelstiel. Er meinte, er täte es, damit die Ärzte, »die faulen Schweine«, Arbeit hätten. Am 25. desselben Monats zerbiß er beim Reichen des Mittagessens den Papplöffel und verschluckte ihn sofort. Mehr als einen Monat später, am 29. September und am 3. Oktober 1930, erbrach er die 2 seinerzeit verschluckten etwa 16 cm langen Löffelstiele, die somit über einen Monat in seinem Magen geblieben waren.

Am 7. November 1930 mußte Pat. wegen starker Adhäsionsbeschwerden abermals im Krankenhaus operiert werden. Dabei wurde auch gleich ein 4 cm langes Drahtstück aus dem Darm entfernt. Da er im Krankenhaus den ärztlichen Anordnungen sich nicht fügte, im Bett rauchte, sich den Verband herunterriß, mußte er am 12. desselben Monats wieder nach hier gebracht werden.

Hier riß er abermals den Verband ab, zupfte dauernd an den Fäden der Bauchnaht, fuhr mit dem Kopf durch ein Fenster und versuchte, sich mit den daran gebliebenen Glasresten rings den Hals zu verletzen. Am nächsten Tag schmierte er Schnupftabak auf die Wunde und mußte wegen seiner Erregung eingepackt werden.

Dieses waren seine letzten Selbstbeschädigungen. 5 Monate später starb er an Herzschwäche mit Lungenödem.

Fall H. Ein 25jähriger Psychopath, ausgesprochener Astheniker, früherer Fürsorgezögling, von Beruf Kaufmann und Vertreter, der wegen Urkundenfälschung, Betrugs, Unterschlagung und Erpressung bestraft war. Er war viermal wegen Haftreaktion in hiesiger Anstalt.

Während einer Strafzeit mußte er im Dezember 1928 u. a. wegen des Verdachts, Glassplitter verschluckt zu haben, aus der Gefangenenanstalt ins Krankenhaus verlegt werden.

Digitized by Google

Ein halbes Jahr später, am 14. Juni 1929, kam er wegen Haftreaktion (Mutismus) das erstemal in hiesige Anstalt.

Am 20. August 1929 wollte ein Mitpatient gesehen haben, daß H. auf dem Abort ein Stück Draht verschluckt habe. Etwa 8 Tage später gab Pat. durch schriftliche Mitteilungen zu verstehen — er sprach immer noch nicht —, daß er einen Teelöffel verschluckt habe. Er erhielt Bettruhe und Kartoffelmus verordnet. Fieber bestand nicht. Pat. klagte über Magenschmerzen; am Leib war außen nichts zu fühlen. Am 29. August 1929 entleerte H. mit dem Stuhlgang 5 etwa 7 cm lange, $1^1/_2$ mm dicke Kupferdrähte. Da er immer noch über Magenbeschwerden klagte, blieb er weiterhin im Bett liegen.

Am nächsten Tag gab Pat. an, Verbindungsstücke aus der Sprungfedermatratze verschluckt zu haben. Am 31. August klagte er über heftige Leibschmerzen und verlangte Beruhigungsmittel. Am 1. September entleerte er mehrere Drahtstücke mit dem Stuhlgang. Am 5. September folgten 3 Eisenscheiben der Sprungfedermatratze und ein 13 cm langer Bleistift. Am 7. September gingen wiederum 4 lange Kupferdrähte ab.

Pat. gab am 9. Oktober 1929 an, 12 in Papier eingewickelte Glasstückchen verschluckt zu haben. 4 wurden ihm noch abgenommen.

Am 21. Oktober 1929 versuchte H. vormittags im Abort sich aufzuhängen. Er hatte vom Bettuch einen Längsstreifen abgerissen, hatte ihn naß gemacht und um den Hals gelegt. Pat. wurde rechtzeitig aus der hängenden Lage entfernt. Objektiv: Leichte Strangmarke an der linken Halsseite, sonst o. B.

Da H. wieder über Schmerzen in der Magengegend klagte, wurde er am 8. März 1930 geröntgt. Der Befund war: 2 etwa 10 cm lange Drähte im Magen. Er wurde zur Operation ins Krankenhaus verlegt. Hier wurden ihm 3 Drähte und 2 Kämme aus dem Magen und Dickdarm entfernt. Ende April wurde er abermals durchleuchtet und operiert. Es wurden aus dem Magen zwei und aus dem Dickdarm ein Fremdkörper entfernt.

Am 22. Mai 1930 wurde Pat. von Haftreaktion geheilt — er hatte im Krankenhaus die Sprache wiedergefunden — entlassen.

Am 20. April 1931 wurde H. das zweitemal aus der Gefangenenanstalt — er war inzwischen wieder verhaftet worden — hier zugeführt. In der Strafanstalt hatte er von vornherein mit Selbstmord gedroht und Fremdkörper verschluckt. Er gab an, daß er bereits am 16. März, am Tage der Inhaftierung, einen Löffelstiel verschluckt habe. Am 20. oder 22. März habe er wieder zwei Löffelstiele verschluckt und eine große Menge Porzellanscherben. Davon sei wohl das meiste wieder abgegangen, aber vom Abgang der Löffel wisse er nichts.

In hiesiger Anstalt klagt H. am 2. Mai 1931 über starke Leibschmerzen. Eine Röntgenaufnahme ergab: In der Höhe des oberen Randes des rechten Darmbeines befinden sich 3 erbsengroße rundliche Schatten (Porzellansplitter?). Eine zweite Röntgenaufnahme am übernächsten Tag ergab genau dasselbe Bild. Chirurgische Behandlung war nicht angezeigt, da Pat. fieberfrei war, und auch keine Druckschmerzen im Leib mehr bestanden. Auch war er durch Einläufe beschwerdefrei geworden.

Am 26. Mai 1931 konnte H. strafvollzugsfähig in die Gefangenenanstalt entlassen werden. Dort verweigerte er am 30. Mai 1931 sämtliche Kost, drohte mit Dummheiten und wurde in die Pallisadenzelle gebracht. Zehn

Digitized by Google

Minuten später wurde er an einem abgerissenen Hemdstreifen hängend aufgefunden, wieder zum Bewußtsein gebracht und zum Selbstschutz gefesselt. Eine Röntgenuntersuchung vom 3. Juni ergab, daß sich im Magen ein Fensterhaken (?) und etwas tiefer davon zwei Drähte befanden, die H. wieder verschluckt haben mußte. Er drohte weiterhin mit Verschlucken von Fremdkörpern, mit Selbstbeschädigung und brachte sich oberhalb des Nabels eine ca. 10 cm lange, oberflächliche Schnittwunde in der Mittellinie bei. Darauf verlegte ihn der Gefängnisarzt am 4. Juni 1931 zum drittenmal wieder nach der hiesigen Anstalt.

Als Pat. hier ankam, übertrieb er sofort wieder und gab an, daß die Röntgenuntersuchung eine Türklinke im Magen ergeben habe. Er versuchte, dadurch Operation und Morphium zu erzwingen. Es wurde ihm aber nicht gewährt.

Am 13. Juni 1931 gab Pat. zu, in der Gefangenenanstalt eine Zahnbürste verschluckt zu haben. Er habe während dieser Zeit ganz unter dem Einfluß eines Mitgefangenen gestanden, und dieser sei ihm auch beim Verschlucken von Fremdkörpern behilflich gewesen.

Da H. in hiesiger Anstalt weiter mit Selbstbeschädigungen drohte und sich mit einem Knopf eine oberflächliche Kratzwunde am Leib beigebracht hatte, wurde er kurze Zeit zu seiner Selbstsicherheit in Isolierung gelassen. Dann mußte er aber wegen weiterer Selbstmorddrohung eingepackt werden.

Am 4. Juli 1931 gestand er dem Arzt, Draht von seinem Bett verschluckt zu haben. Am 6. Juli wurde er der Gefangenenanstalt wieder zurückgegeben, da die hiesige Beobachtung nichts Psychotisches bei H. gezeigt hatte.

In der Gefangenenanstalt zeigte sich H. bald wieder völlig einsichtslos und verschluckte bereits am 9. Juli 1931 wieder mehrere Fremdkörper, darunter Drahtstücke aus seiner Matratze, ein Holzstück und mehrere Metallspangen seiner Leibbinde. Da er sich jeder ärztlichen Behandlung unzugänglich zeigte und den Mitgefangenen erklärte, daß der Kampf weiter gehe bis zum Äußersten und er den Anstaltsarzt ärgern würde, wenn dieser ihn nicht operieren lassen wolle, wurde er am 10. Juli 1931 in eine Dreierzelle gebracht. Dort hat er dann wieder mehrfach Fremdkörper, insbesondere 5 Löffelstiele verschluckt. Ein Facharzt, der hinzugezogen wurde, versicherte, daß nach seiner Ansicht eine Operation z. Z. nicht angezeigt sei. Am 13. August 1931 schied H. durch den Stuhlgang 2 Löffelstiele, 2 Korsettstäbe und 6 Wäschestreifen aus.

Am 19. August klagte er wieder mehr und stöhnte. Er erhielt darauf mit Erfolg eine Spritze aqua destillata.

Am 21. August 1931 benahm er sich wieder ganz ungehörig, brüllte und verweigerte die Kost. Er wurde deswegen mittels Sonde gefüttert und zu seiner Sicherung wieder gefesselt. Die Röntgenuntersuchung ergab: Fremdkörper, Drahtschlinge und Löffelstiel in den untersten Darmabschnitten; nach Kontrastmittel: Hakenmagen mit glatten Konturen, gutem Tonus, lebhafter Peristaltik, Pylorus o. B. Bulbus duodeni glattwandig, Verschieblichkeit ungestört, keine Zeichen für ein Ulcus, keine Darmerweiterung.

Am 25. August 1931 zeigten sich Erscheinungen, die nach Ansicht des Gefängnisarztes möglicherweise als Haftpsychose zu deuten waren: H. hatte behauptet, seine Angehörigen gehört zu haben. Er wurde deshalb am 27. August 1931 das viertemal der hiesigen Anstalt zugeführt.

Hier jammerte er stark über Leibschmerzen, besonders wenn der Arzt

Digitized by Google

in der Nähe war. Am 3. September 1931 gingen im Stuhl ab: 1. ein beiderseits ungespitzter 5 cm langer Bleistift, 2. zwei Rückstücke eines Kammes je etwa 8 bis 9 cm lang, die Zähne waren alle abgebrochen, 3. zwei Streifen eines Taschentuches von 30 cm Länge und 5 cm Breite. Am 11. September 1931 schied er mit dem Stuhl 3 Löffelstiele bzw. Mittelstücke, je 7 bis 8 cm lang, aus. Am übernächsten Tag wurde im Stuhl ein Stück zusammengedrehter Draht vorgefunden, etwa 7 cm lang.

Betreffs der psychischen Störung sei bemerkt, daß H. im dringenden Verdacht stand, zu simulieren, um hier bleiben zu können. Er zeigte sich in hiesiger Anstalt als ein sehr verlogener, in seine Idee fanatisch verbissener Mensch, der mit allen Mitteln dem Strafvollzug zu entgehen versuchte und dabei vor keiner neuen Selbstbeschädigung zurückschrak. H. hatte sich inzwischen körperlich sehr gut erholt, er hatte keine Beschwerden mehr und sein psychischer Zustand war so, daß er am 21. September 1931 wieder in den Strafvollzug zurückgegeben werden konnte.

Es ist kein Zufall, daß es sich bei den hier wiedergegebenen Fällen fast ausschließlich um Psychopathen handelt. Ihre Selbstbeschädigungen sind ausgesprochene Zweckreaktionen, deren, man könnte sagen, blindwütige Art ihre psychische hemmungslose Erregbarkeit in kennzeichnendster Weise widerspiegelt und die Tragik solcher steuerungslos der Dynamik ihrer Affekte ausgelieferten Persönlichkeiten erkennen lassen.

Schwere Fälle von Selbstbeschädigungen bei wirklich Geisteskranken sind außer dem Fall A. in den letzten Jahren hier nicht beobachtet worden.

Courbon, Selbstverstümmelung. Hirschfeld, Zentralblatt für d. ges. Neurol. u. Psychiatr. Bd. 55 S. 166.

Fuchs, Zur Kenntnis der Fremdkörperverschlucker. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 77 S. 101 (1930).

Gebert, Zur Psychopathologie d. Fremdkörperverschlucker. Münch. med. Wochenschr. Jahrg. 76 S. 537 (1929).

Hirschfeld, Sexualpathologie. Bonn 1917.

Kankeleit, Selbstbeschädigungen und Selbstverstümmelungen der Geschlechtsorgane. Zeitschrift für die ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 107 S. 414 (1927).

Ders., Über Selbstbeschädigungen u. Selbstverstümmelung der Geschlechtsorgane. Hirschfeld, Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 46 S. 70 (1927).

Laforgue, Selbstbestrafung und Charakter des Kindes. Hirschfeld, Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 57 S. 162 (1930).

Loeßl u. *Jdki,* Selbstverstümmelung bei Dementia praecox. Hirschfeld, Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 45 S. 496 (1927).

Trömner, Selbstverstümmelung und Selbstbeschädigung. Zeitschrift f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 99 S. 400 (1925).

Digitized by Google

(Aus der Sächs. Heil- u. Pflegeanstalt Waldheim. Direktor: Oberregierungsmed.-Rat Dr. *M. Weicksel.*)

Simulation und Psychose.

Von

M. Weicksel.

Die Simulation von psychotischen Zuständen spielt in der einschlägigen Literatur der letzten 10 Jahre etwa, soweit ich sie übersehe, eine verhältnismäßig geringfügige Rolle im Vergleich zu der umfangreichen Kasuistik der früheren Jahre. Die Erfahrungen des letzten Krieges und darüber hinaus die fortgeschrittene Erkennung psychopathologischer Zusammenhänge wirken sich da aus. Man könnte meinen, daß die Kriegserfahrungen auf der anderen Seite eine Vermehrung von Simulationsbestrebungen und Simulanten überhaupt verursacht hätten. Das ist, auch nach hiesigen Beobachtungen, nicht der Fall; hier hat wohl die Erkenntnis, daß auch die Erkennung derartiger Zustände entsprechende Fortschritte gemacht hat, alsbald korrigierend gewirkt. Aber auch jener Standpunkt, es gebe Simulanten überhaupt nicht mehr, denn jeder Simulant sei zum mindestens psychophathisch minderwertig und daher kein Simulant in des Wortes voller Bedeutung, ist abzulehnen; denn wenn auch der Nachsatz als allgemein gültig anerkannt werden kann, so schließt er doch das erstere nicht aus. Simulation ist die gewollte, bewußte Vortäuschung von krankhaften Zuständen, jederzeit willkürlich regulierbar. Dazu ist auch der Psychopath im allgemeinen sehr wohl imstande; allerdings ist das Ergreifen des Mittels der Simulation zur Erreichung eines bestimmten Zweckes wohl ausschließlich dem psychopathisch bzw. charakterologisch Minderwertigen vorbehalten.

Prädilektionsmilieu für die Simulation von geistigen Gebrechlichkeiten ist die Justiz im Untersuchungs- und Strafverfahren, wie für die Simulation körperlicher Gebrechen das Rentenverfahren. So wird der Sachverständige immer wieder in die Lage kommen, zu ausgesprochenen Simulationsbestrebungen Stellung nehmen zu müssen. Wenn auch der frühere Satz »entweder Simulation oder Psychose« durch die fortgeschrittene Erkenntnis längst überholt ist, so ist es doch am Platze, auf diese gegebene Erfahrungstatsache immer wieder hinzuweisen, da dem Gutachter in Fällen klarer Simu-

Digitized by Google

lationsbestrebungen seine Objektivität durchaus verständlicherweise doch leicht beeinträchtigt werden kann durch die nun einmal gegebene subjektive Einstellung gegen jeden Simulanten.

Eine gute Illustration dazu gab uns da gerade der folgende Fall:

In hiesige Anstalt wurde Anfang März 1929 ein 20jähriger junger Mann A. eingeliefert zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand gemäß § 81 StPO. A. war dreier Raubüberfälle im Dezember 1928 angeklagt; vorbestraft war er mit einem Jahr Gefängnis, 6 Wochen Haft wegen Einbruchsdiebstahls, Bettelns und Landstreichens. Zu seiner Einweisung gemäß § 81 StPO. hatte geführt der Verdacht des Gerichtsarztes, daß bei A. Jugendirresein vorliegen könne nach einer Eingabe von ihm, in welcher er schrieb, daß er unter dem Einflusse eines früher ausgesprochenen väterlichen Fluches stände, und schilderte, wie sich hieraus ein ihn völlig beherrschender seelischer Zustand entwickelt habe.

Über die Vorgeschichte A.s ließ sich feststellen, daß er aus einer Familie stammte, in welcher Nerven- und Geisteskrankheiten unbekannt waren, daß er 7 gesunde Geschwister hatte, in der Schule einmal sitzen geblieben war, das Dachdeckerhandwerk erlernt hatte, aber vor Beendigung der Lehrzeit von Hause — er lernte beim Vater — fortgegangen war. Anschließend, im Jahre 1925, hatte er unterwegs verschiedentlich gearbeitet und war so 1926 nach Berlin gekommen. Dort hatte er bei einer Tante gewohnt, und dort hatte er nach seiner Angabe das Erlebnis gehabt, auf welches er seine Behauptung von dem väterlichen Fluch zurückführte: Im Gespräch mit der Tante habe er über seine Eltern scharfe Ausdrücke gebraucht, darüber habe die Tante den Eltern berichtet, und daraufhin sei ihm im September — 1926 — von seinem Onkel ein Brief seines Vaters übergeben worden, in welchem dieser ihm fluchte und das Elternhaus verbot. Anfangs habe er darauf nichts gegeben, erst später und dann in zunehmendem Maße sei ihm die Tragweite des Fluches klar geworden, und er habe darunter gelitten. Sein unsteter Lebenswandel, das Vagabundieren im Rheinlande, wie die dortigen Strafvergehen seien die Folge dieses seelischen Zustandes gewesen. Von Berlin war A. ins Rheinland gegangen, war dort umher vagabundiert, war bettelnd in Köln, Bonn und anderen Orten gewesen und hatte sich schließlich zur französischen Fremdenlegion gemeldet, war nach Metz transportiert, wegen angeblichen Herzfehlers aber zurückgewiesen und nach Koblenz abgeschoben worden. Dann hatte er in Traben-Trarbach mit einem Genossen einen Einbruchdiebstahl ins ev. Pfarrhaus begangen und war deshalb, wie oben erwähnt, verurteilt worden. Die Strafe hatte er anschließend in der Strafanstalt Wittlich verbüßt. Die dortigen Akten sagen über ihn: »A. ist ein widerspenstiger und ungezogener Bengel voller Leichtsinn und Hinterlist, Vertrauen bringt er niemand entgegen. Auf die Frage, was er nach seiner Entlassung zu tun gedenke, antwortete er 'stehlen' und meinte, als ihm das verwiesen wurde, gleichgültig, er könne es ja auch mit Arbeit versuchen.« Nach der Entlassung von dort war es alsbald zu den Straftaten gekommen, derentwegen er dann in hiesige Anstalt gekommen war.

Hier behauptete A. in den ersten Aussprachen, der väterliche Fluch beschäftige ihn dauernd, da er ihn als das furchtbarste ansehe, was ihm passieren könnte. Seine Wirkung auf A.s seelisches Verhalten war unver-

Digitized by Google

kennbar im Sinne einer im allgemeinen depressiven Stimmungslage. Gelegentlich wurde er auch weinerlich und äußerte, es sei nicht nur dieser Gedanke und die Angst vor dieser Sache (Fluch), sondern auch eine andere Angst, die er nicht mehr beschreiben könne, die ihn aber bedrücke. Zumeist war sein Verhalten wortkarg, störrisch, er sprach dann fast nie in gebundener Rede, sondern antwortete dann nur gelegentlich durch Kopfbewegungen. Im übrigen hielt er sich für sich, war mürrisch und abweisend, hatte einen grüblerischen Gesichtsausdruck, beschäftigte sich aber auftragsgemäß mit Tütenkleben, wobei er öfters die Arbeit unterbrach und eine Zeitlang vor sich hin starrte.

Für eine echte Geistesstörung im Sinne der Schizophrenie ergaben sich bis dahin keine greifbaren Anhaltspunkte. So weit sein Verhalten durch das sich Abwenden, durch die Verschlossenheit und mangelnde seelische Beeinflußbarkeit auffällig war, mußte es auf den zweifellos vorhandenen Einfluß des Fluchkomplexes bezogen werden. Der Eindruck, daß es sich um einen Ausnahmezustand depressiver Art auf Grund dieses Fluchkomplexes als überwertige Idee handele, war mangels sicherer anderweiter Anhaltspunkte der naheliegendste. Nur einige Vorkommnisse fielen aus dem Rahmen der Beobachtung: Einmal hatte A. ein Schneeglöckchen im äußeren Gehörgang stecken mit der Begründung, es solle dort wachsen, das Namensschild seines Schrankes kehrte er grundlos um, auf eine geklebte Tüte schrieb er eine unsinnige Äußerung und zeigte hie und da ein absonderliches Benehmen, für das er gar keinen oder einen unsinnigen Grund angab, welches aber mit seiner allgemeinen Stimmungslage gar nicht übereinstimmte.

Dieses Beobachtungsergebnis wurde ab Anfang April, also in den letzten 14 Tagen der Beobachtungszeit, dadurch besonders belastet, daß ein Mitkranker P. angab, A. habe sich ihm als seinem Bettnachbarn nachts anvertraut und ihm sowohl von den zur Untersuchung stehenden Straftaten, wie den Unterredungen mit dem Arzte und von den eigenen Absichten bei seiner Begutachtung erzählt. Diese ersten, wie alle folgenden derartigen Mitteilungen des P. verdienten nun bei aller Würdigung seiner psychopathischen Minderwertigkeit dadurch Beachtung, als P. tatsächlich Sachen wußte, die er nur von einer mit dem Akteninhalt vertrauten Person erfahren haben konnte, und das konnte nur A. selber sein. Hiernach hatte A. von den Raubüberfällen gesprochen und weiter gesagt, er wolle den »Jagdschein« (§ 51 StGB.) bekommen, deshalb sei er so verstockt, denn die Ärzte könnten nicht in ihn sehen und sie wüßten einen Dreck. Den Elternfluch täusche er vor, um für geisteskrank gehalten zu werden, auf Bestrafung dränge er absichtlich im Widerspruch zu seinem sonstigen Verhalten, damit er gerade deswegen geisteskrank erschiene. In den folgenden Tagen hatte sich dieses Spiel nach P.s Angaben wiederholt, A. hatte sich bei P. erkundigt, welchen Eindruck sein Verhalten mache, sich vor dem Personal auffällig benommen und angekündigt, daß er in den letzten Tagen seiner Beobachtungszeit ganz besonders grobe Verkehrtheiten machen wolle, um sein Ziel zu erreichen: Sich nur mit Gewalt ins Untersuchungszimmer bringen lassen, Trinken aus dem Spucknapf, Essen von Kot u. a. Gerade zu letzteren geäußerten Absichten ist es tatsächlich dann auch gekommen, speziell hat A. Kot gegessen, sich mit Urin die Zähne geputzt und aus dem Spucknapf getrunken.

Digitized by Google

So belastend diese planvolle ausgesprochene Simulation für die Beurteilung war, so war die Art der gewählten simulatorischen Handlungen, die Ausführung solcher widerlichen Dinge gleichzeitig auch belastend im Sinne einer prozeßhaften Erkrankung, an die manche der oben erwähnten Absonderlichkeiten ohnehin denken ließ, wenngleich sich auch jetzt noch keine sicheren Anhaltspunkte dafür ergeben hatten.

Die 6 wöchentliche Beobachtungszeit war unterdessen zu Ende gegangen, ohne daß es nun möglich gewesen wäre, zu einer befriedigenden Entscheidung zu kommen. Das Verhalten A.s war aber jetzt in jedem Falle ein derartiges, daß er mit gutem Gewissen als haftunfähig bezeichnet werden konnte. Mit dieser an das Gericht abgegebenen Begründung blieb A. über die Beobachtungszeit hinaus in hiesiger Anstalt bis zum evtl. Wiedereintritt seiner Haftfähigkeit.

Etwa 3 Wochen später, nachdem inzwischen das Verhalten A.s mehr und mehr abweisend geworden war, wurden ihm obige Bezichtigungen mitgeteilt mit der Absicht, reizend auf ihn zu wirken und sein affektives Verhalten zu prüfen. Er zeigte sich dabei ausgesprochen affektlahm, war weder überrascht noch erregt, machte keinen ernsten Versuch der Abwehr, behauptete immer wieder nur, er wolle bestraft werden, er wolle ins Gefängnis, er sei nicht geisteskrank, P. sei geisteskrank. Einen Tag nach dieser Aussprache machte er im Abort einen Suspensionsversuch, der rechtzeitig bemerkt und verhindert wurde. Anschließend schlug das Verhalten A.s gänzlich um in eine läppische Heiterkeit mit ausgesprochenem Autismus, völliger Indolenz gegen seine persönlichen Interessen und Umgebung, mit Unsauberkeit und triebhafter Sexualität. Sein Benehmen war mit einem Male ganz kindisch, er sprach andere nur mit »Du« an, onanierte schamlos in Gegenwart anderer, riß sich die Schamhaare aus, lag vorzugsweise im Bett, meist mit den Händen am Geschlechtsteil, lachte häufig und unbegründet auf und war auch körperlich unsauber geworden. Dem Fluchkomplexe gegenüber war er jetzt völlig indifferent und zeigte weder für das Strafverfahren, noch seinen Plan, ins Gefängnis zu kommen, noch irgendwelches Interesse, auch nicht auf Befragen. Dagegen gab er am nächsten Tage auf Befragen. Auskunft über Stimmenhören befehlsmäßiger Art; er müsse sich ein Halsband machen — wobei er durch entsprechende Handbewegung das Suspendieren meinte —, müsse sich vergiften, er sei Botaniker, im Garten wachse eine Giftpflanze, die sei für ihn bestimmt. Seit dem Briefe vom 12. 9. 1926 (dem Fluchbriefe) werde zunehmend auf ihn eingesprochen, früher leiser, jetzt laut, das käme so auf ihn zu, teils deutsch, teils französisch und polnisch. Die Stimmen sagten, solch ein schlechter Junge, er müsse fort, er dürfe nicht nach Hause. Früher habe er das so aufgefaßt, daß er nur nicht nach Hause dürfe und sei gewandert, jetzt aber wolle er ganz fort, sich das Leben nehmen. Es sei Schluß mit ihm. Gestern habe er Glas geschluckt, das hätte die Stimme befohlen. Es kämen viele Männer und Frauen auf ihn zu, Verwandte, auch der Vater, der Vater wolle kommen, ihn zu erschießen, er freue sich, daß der Vater ihn erschießen wolle. Da müsse er lachen, das sei so fein. Die Stimmen sagten ihm, »du bist ein Lump, du wirst schon so was sein, du mußt schon so was machen, du bist ein Lump und mußt ein Lump bleiben«.

Dieser Zustand blieb zunächst in typischer Weise so bestehen, wie

Digitized by Google

er für die hebephrene Form der Schizophrenie kennzeichnend ist und sich entsprechend dem noch unausgereiften Lebensalter der an dieser Jugendform Erkrankten äußert in läppischer Zerfahrenheit völliger Gleichgültigkeit und Gefühlsabstumpfung, Verlust der feineren Gefühlstöne und triebhaft gesteigerter Sexualität.

Vortäuschung oder willkürliche Übertreibung des Krankheitsbildes konnte schon nach damaliger Beurteilungsmöglichkeit nun nicht mehr in Frage kommen. Bald darauf änderte sich das Zustandsbild weiterhin, insofern als A. stiller wurde, sich ausschließlich mit sich beschäftigte, leise vor sich hin sprach und auf Anrede überhaupt nicht reagierte. Mehr und mehr zeigte A. zunehmende Willensstörung, verlor jeden Rapport mit seiner Umgebung und wurde völlig mutistisch, bald auch negativistisch und maniriert mit ausgesprochenen Stereotypien. Alle Versuche, ihn heraus zu reißen, ihn zu einer Beschäftigung zu bekommen, scheiterten. A. bot von Stund an das typische Bild des katatonen Stupors und dies bis jetzt $2^1/_2$ Jahr.

Nach der ganzen Krankheitsgeschichte handelte es sich also in dem vorliegenden Falle ohne jeden Zweifel um eine Schizophrenie. Trotzdem, daß die Erkrankung nach der einen Äußerung A.'s als seit Jahren (seit Herbst 1926) bestehend anzunehmen war, wurde die Beurteilung vor allem durch die planvollen Simulationsbestrebungen zunächst in falsche Richtung gelenkt und erst die weitere Beobachtung konnte den richtigen Weg weisen. Dieser Fall zeigt gerade sehr deutlich, wie auch im Rahmen einer abzugrenzenden und abgegrenzten Geisteskrankheit von einem Ausmaße, daß der Kranke an sich nicht verantwortlich ist, eine zielgerichtete Simulation möglich ist im Zusammenhange mit einer vorgeschrittenen Charakterdepravation, und illustriert das Unhaltbare des schon oben verneinten älteren Standpunktes »Simulation oder Psychose«. Die auf eine weitgehende Gefühlsabstumpfung schließen lassende Art der simulatorischen Handlungen war schon auffällig und hatte an eine dahinter steckende Schizophrenie denken lassen, ebenso manche der ersten Äußerungen A.'s. Und doch war eine Sicherstellung der Diagnose innerhalb der sechswöchentlichen Beobachtungsfrist nicht möglich gewesen. Insofern ist der Fall auch lehrreich für die forensische Begutachtung, indem er dartut, daß die gemäß § 81 StPO. zur Verfügung stehende sechswöchentliche Beobachtungsdauer unter besonderen Umständen unzureichend sein kann — unser Fall ergab erst nach 9 Wochen die richtige Beurteilungsmöglichkeit. Ob man dann immer in der Lage ist, eine längere Beobachtung durch Verneinung der Haftfähigkeit zu erreichen, wie im obigen Falle, muß dahingestellt bleiben. Es ist aber auch nicht notwendig: Im Untersuchungsverfahren nach § 81 StPO. ist der vorliegende Geisteszustand forensisch ausschlaggebend. Besteht der Verdacht einer simulierten Psychose, so ist auch dann die zu grunde liegende geistige Gesamtverfassung maßgebend für die Beurteilung, die Simulation ist nur als Symptom zu werten. Entweder sind simulatorische Bestre-

Digitized by Google

bungen als solche anerkannt in dem Sinne, daß eine selbstständige Simulation vorliegt, dann ist der Geisteszustand ja geklärt, und der Beobachtete, auch wenn er weiter simulieren sollte, kann in die Haft zurück; oder es besteht auch nach Ablauf der Beobachtungsfrist ein psychotischer Zustand, evtl. bei Verdacht von Simulation, aber noch nicht als solche gesichert, sodaß der psychotische Zustand entweder nur Krankheit oder Krankheit mit simuliertem Symptomenbild oder Simulation sein kann, dann ist der Angeklagte nach Art seines psychotischen Verhaltens nicht als haftfähig anzusehen und wird ohnehin bis auf weiteres anstaltspflegebedürftig sein. Die Beobachtung kann also damit weiter gehen.

Das kam für einen andern hiesigen Fall in Frage, der zwar nicht nach § 81 StPO. hierher kam, aber doch zur weiteren Beobachtung seines Geisteszustandes mit dem gerichtlicherseits ausgesprochenen Verdachte zu simulieren:

Es handelte sich um einen internationalen Pelzdieb, der fast unmittelbar an eine erneute Verhaftung geistig erkrankte und deshalb aus der Haft zunächst in die zuständige städtische Heil- und Pflegeanstalt gebracht wurde. Dort war er anfangs stumpf und stuporös, war gehemmt und gab kaum Auskunft. Allmählich kam er aus diesem Zustand heraus und antwortete in zusammenhängender Weise und äußerte sich auch spontan. Dabei brachte er immer wieder den Wunsch vor, in Haft zu kommen, da er doch gesund sei und nichts gegen ihn vorliege. Diesen Wunsch verquickte er mit zahlreichen Wahnideen, hauptsächlich des Inhaltes, daß seine frühere Geliebte ihn bei der Polizei angezeigt und schlecht gemacht habe, daß auch die Ärzte mit ihr durch Strahlen in Verbindung stünden und ihn selbst nachts bestrahlten, so daß er nicht schlafen könnte. Er hörte auch die Stimme dieser Frau, wie sie mit dem Arzte über ihn sprach, führte zuweilen halblaute Selbstgespräche und schien derartigen Stimmen zu antworten. Während des dortigen Aufenthaltes wurde ein Anfall beobachtet, bei dem B. aufschrie, zunächst einen tonischen Krampf der Extremitäten hatte, der sich in klonische Zuckungen auflöste, wobei die linke Gesichtshälfte mehr verzogen war. Die Gesichtsfarbe war bläulich, Schaum vor dem Mund, Pupillen erweitert. Dauer des Anfalls etwa eine halbe Minute, anschließend war B. ganz verworren und nicht fixierbar.

Nach dortiger Ansicht war die Krankheit echt und nicht simuliert und an eine Besserung in absehbarer Zeit nicht zu denken. Der ausgesprochene Verdacht der Simulation kam von einer Mitteilung eines belgischen Gerichtes, nach welcher B. auch dort Gaunereien verübt, nach seiner Festnahme den Geisteskranken simuliert hätte und in ein Irrenasyl verbracht worden wäre, aus welchem er dann entwichen wäre, während er alle Diebstähle mit bemerkenswerter Scharfsinnigkeit ausgeführt hätte. — Leider war nicht in Erfahrung zu bringen, ob die behauptete Simulation sich auf das in dem Nachsatz ausgesprochene Urteil allein stützte. — Jedenfalls waren die hiesigen Gerichte, wie sich aus ihren immer wiederholten Anfragen entnehmen ließ, daraufhin von vornherein geneigt, Simulation in diesem Falle anzunehmen.

Digitized by Google

Dieser B. kam nach etwa 8-wöchentlichem Kranksein Anfang April 1929 in hiesige Anstalt in einem Stuporzustande mit völligem Mutismus. Körperlich bot er, athletisch gebaut, einige Besonderheiten, die den Verdacht auf ein organisches Nervenleiden erweckten, wobei dann der oben geschilderte epileptiforme Anfall entsprechend mit gewertet werden konnte: ziemlich weite, wenig ausgiebig auf Licht reagierende Pupillen, rechtsseitige Fazialisparese, Reflexdifferenzen an den unteren Extremitäten, Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe rechts stärker wie links, völlige Analgesie, Rombergsches Zeichen mit stetem Fallen nach rechts, spastischen kleinschrittischen Gang. Dazu brachte er eine totale Urininkontinenz mit, die bereits bei der Verhaftung durch ein getragenes Urinal als länger bestehend bewiesen worden war.

Die erste Diagnose wurde hier auf Haftpsychose gestellt, wobei die Möglichkeit eines organischen Nervenleidens noch mit berücksichtigt wurde. Nachdem die diesbezügl. Untersuchungen alle negativ ausgefallen waren, legte das völlige Stationärbleiben des psychischen Bildes, die Schlaffheit des Gesichtsausdruckes, die fehlende Mimik, die an Befehlsautomatie grenzende Passivität die Vermutung nahe, daß ein schizophrener Prozeß vorlag, da auch nicht die geringste Haftmilieufärbung hier zu beobachten war, der Kranke weder eine emotionelle Regung noch Reizung zeigte und sein Affektleben völlig tot zu sein schien. Dieser Zustand blieb im ersten Jahre etwa ungefähr der gleiche, er änderte sich im zweiten Jahre von B.'s Anstaltsaufenthalt insofern, als es da möglich wurde, B. durch Tabakgaben zur Beschäftigung (Hausarbeit) heranzuziehen. Allmählich griff B. dann von selbst zu, immer aber dabei sei es durch Gebärden, sei es durch abgehackt vorgebrachte Worte Tabak heischend, ja er langte zu dem Zwecke dem durchgehenden Arzte ungeniert in die Taschen. Unter dem Einfluß der Beschäftigung wurde B. freier und dann auch lebhafter, sprach viel leise vor sich hin, meist unverständlich, war dann auch durch Ansprechen nicht zu fixieren, sondern setzte sein beziehungsloses Gerede fort. Auch da machte B. in seinem ganzen Verhalten, besonders auch in der Art, wie er allmählich zur Beschäftigung zu bekommen war, und wie er durch die Beschäftigung freier wurde, durchaus den Eindruck des Schizophrenen. Im zeitlichen Zusammenhange mit einer mit mäßigem Fieber (38,5) verlaufenden Angina wurde M. im 3. Jahre seines Hierseins mit einem Male psychisch frei, erkundigte sich beispielsweise nach den Verhältnissen seiner Staatszugehörigkeit (war Pole) und fing an, seine Entlassung vorzubereiten. Auch bis dahin waren irgendwelche Zweifel an der Diagnose Schizophrenie nicht aufgetaucht.

Anschließend wurde B. eben wegen der bestehenden Diagnose noch etwa ein halbes Jahr hier behalten, ohne daß es möglich gewesen wäre, in dieser Zeit ein Krankheitszeichen oder ein Restsymptom bei ihm festzustellen. Er sprach durchaus kritisch von seiner Erkrankung, sei durch Kummer und Sorgen verwirrt worden, lehnte aber ab, über seine Sinnestäuschungen sich auszusprechen — das einzige Merkmal, das vielleicht im Sinne der Erkrankung gedeutet werden könnte — und war auch durchaus im Bilde, daß er noch eine Strafe zu erwarten hatte, rechnete vor, wieviel er wohl bekommen werde, und war mit seiner Rückgabe in Haft durchaus einverstanden, wohin er nach $2^1/_2$jährigem Anstaltsaufenthalte schließlich entlassen wurde.

Digitized by Google

Dieser Fall ist nicht nur von hier, sondern auch vorher ausdrücklich auf Simulation beobachtet worden, die verneint wurde und nach hiesiger Beobachtung auch verneint werden mußte. Der Simulationsverdacht war, wie erwähnt, von einer früheren entsprechenden Mitteilung hergekommen, das Gericht hatte daraufhin ganz deutlich der Simulationsauffassung zunächst mehr zugeneigt, als der ärztlicherseits mitgeteilten — eine häufige Beobachtung bei medizinischen Laien. Wie die Krankengeschichte erkennen läßt, war das Krankheitsbild etwa im ersten Jahre das eines schizophrenen Stupors, mutistisch, abulisch, im zweiten Jahre das eines durch lebhafte Halluzinationen völlig occupierten Kranken. Im dritten Erkrankungsjahre wurde der Fall scheinbar ziemlich unvermittelt klar — ob und inwieweit die vorangegangene fieberhalte Erkrankung dabei zu bewerten ist, muß offen bleiben — und blieb es, ohne daß irgendwelche Erkrankungsreste im Sinne einer Denk-, Affekt- oder Willensstörung noch nachweisbar gewesen wären. B. zeigte sich vielmehr geistig lebhaft und beweglich, interessiert und gut orientiert.

Darnach glaubten wir, an der Diagnose Schizophrenie, über die uns bis zur Auflösung des Krankheitszustandes kein Zweifel kommen konnte, nicht festhalten zu können, noch weniger kann man nach dem ganzen Bilde etwa von Simulation sprechen; die zu erwartende oder wenn man will zu befürchtende Strafe machte höchstens ein Drittel der Zeit aus, die B. ohne dies in der Anstalt zugebracht hat. Man wird den Fall als Haftpsychose rubrizieren müssen, als eine schwere Milieureaktion, wie dann auch die incontinentia urinae, die B. bei seiner Verhaftung bereits hatte und bei seiner Entlassung von hier unverändert noch hatte, als hängen gebliebene psychogene Ausfallserscheinung zu erklären sein würde. Annehmbar hatte B. schon früher eine psychogene Haftreaktion durchgemacht, die mit Urininkontinenz einhergegangen war.

Die neue statistische Einteilung der psychischen Krankheitsformen des Deutschen Vereins für Psychiatrie nennt nur Haftreaktion und hysterische Reaktion. Da man im allgemeinen mit dem Begriffe der Reaktion etwas zeitlich Abzusehendes, Vorübergehendes zu verbinden pflegt, andererseits psychogene Mechanismen vielfach hängen bleiben, Situationspsychosen längere Zeit, über Jahre bestehen bleiben können, dürfte es empfehlenswert sein, in dieser Statistik unter der sammelnden Überschrift »Abnorme Reaktionen« bei 17b von hysterischen Reaktionen und Manifestationen, bei 17c von Haftreaktionen und -psychosen zu sprechen, wenn man hier diese auf das Haftmilieu beschränkende Bezeichnung beibehalten will.

Die psychogenen Erkrankungen in der Haft sind ein Gebiet psychischer Erkrankungsweisen, mit dem Simulationsbestrebungen vielfach verbunden gesehen werden, deren Bewertung aber nicht immer eindeutig zu klären ist. Die Verbindung psychogen-hyste-

Digitized by Google

risch-simuliert spielt dementsprechend gerade in der neueren Literatur eine gewisse Rolle. Das Zustandekommen derartiger Reaktionen ist einmal an biologisch präformierte Mechanismen, zum andern an eine emotionelle Komponente gebunden. Dazu tritt in den vielen Fällen der ausgesprochenen Zweckreaktionen der Wunsch und Wille. Der Wille allein setzt zunächst den Mechanismus nicht in Bewegung, das Ingangkommen hängt überdies von der Stärke der emotionellen Erregung und der jeweiligen Gesamtverfassung des Betroffenen, ob widerstandsfähig und widerstandswillig, mit ab. Daß der Wille allein nicht ausschlaggebend ist, zeigen ja immer wieder jene Fälle, in denen der Mechanismus auch dann, wenn der etwaige Zweck erreicht ist, nicht zurückgeschaltet werden kann, wenn auch das Weiterbestehen des Mechanismus persönliche Unbequemlichkeiten zur Folge hat.

Hierher sind die vielen hysterischen Manifestationen zu rechnen, die oft hartnäckigster Behandlung trotzen. Gleich die chronische Urininkontinenz des eben besprochenen Falles B. ist hier zu erwähnen. Einen ähnlichen Fall haben wir auch jetzt wieder, der bisher dreimal Haftunterbrechung zur Behandlung einer stets in Haft auftretenden Urininkontinenz erreicht hatte, wobei dann nach der Haftentlassung die Suggestivbehandlung stets 3—4 Monate fortgesetzt werden mußte, und jetzt nach Verhaftung im März seit Juni, also bis jetzt 7 Monate, die alte Inkontinenz wieder hat, die auch im hiesigen Milieu bisher jeder Behandlung trotzt. Ein anderer Fall kam unter Straffortdau.er mit einem Haftstupor hierher, der sich allmählich löste bis auf einen jeder Behandlung widerstehenden Mutismus, welcher hier noch etwa ein Jahr anhielt, obwohl der Erkrankte inzwischen aus psychotherapeutischen Gründen Strafaufschub, was er von vornherein bezweckte, erhalten hatte, aber wegen der noch bestehenden psychischen Reaktion aus fürsorgerischen Gründen nicht entlassen werden konnte, da Angehörige ihn nicht aufnahmen.

Solche und ähnliche Fälle psychischer oder, kennzeichnender gesagt, hysterischer Reaktionen alle über Bausch und Bogen als Simulanten anzusehen, ist nicht haltbar. Der Begriff der Simulation verlangt doch, daß der Simulant jederzeit Herr der Situation ist und bewußt über der Situation steht, das trifft für solchen Fall aber nicht zu. — Macht man diese Unterscheidung präzis, dann kann man auch die Ausdrucksweise »echte Simulation« entbehren. — Gewiß zieht die Erkenntnis einer solchen Reaktionsfähigkeit bei entsprechend veranlagten Persönlichkeiten eine erhöhte Krankheitsbereitschaft nach sich, die erste derartige Reaktion hat unter Umständen andere im Gefolge. Aber auch dann dürfte es zumeist unmöglich sein zu sagen, ob bei Wiedererkrankung die durch die Verhältnisse bedingte Gefühlseinstellung den nun eingeschliffenen Mechanismus

Digitized by Google

in Bewegung gesetzt hat, also thymogener Weg, oder ob die bekannte und damit geläufige Krankheit zunächst simuliert begonnen hat, um dann infolge des eingeschliffenen Mechanismus haltlos, d. h. so, daß dem Individuum die Direktion entglitten ist, ins Psychogene zu gleiten im Sinne der Birnbaum'schen Simulationspsychose. Einmal dürfte, wie gesagt, diese Trennung praktisch kaum möglich sein, und dann wäre auch im zweiten Falle aus dem Zustandsbilde ein Krankheitsbild geworden. Weiter ist hierbei noch zu beachten, daß die Mechanismen in jedem Falle zunächt einmal zum ersten Male in Funktion treten, somit dann eine Persönlichkeit treffen, die das Instrument noch garnicht kennt. Hier dürfte die auf eine präformierte Anlage treffende Emotion das Ausschlaggebeude sein. Anders jene Fälle, die im Bewußtsein ihrer abnormen Reaktionsfähigkeit sich des ihnen bekannten Instrumentes bedienen und darauf spielen, wann und wie sie wollen, die sich dabei auch ins Psychogene gleiten lassen, ohne aber die Führung zu verlieren, die sich jederzeit wieder herausreißen können. Das sind die, welche streng genommen zwar nicht auf dem ganzen Wege ihrer Zweckreaktion reine Simulanten sind, die aber durchaus und berechtigt so an- und aufzufassen sind wie diese. Sind die oben erwähnten Fälle nach Art der Birnbaum'schen Simulationspsychose beispielsweise etwa zu $^1/_5$ des Weges Simulanten und zu $^4/_5$ psychotisch, so würden diese umgekehrt zu $^4/_5$ Simulanten sein und zu $^1/_5$ psychotisch. Praktisch wird man diese ohne Rücksicht auf ihre vorübergehenden psychogenen Anfälle zu den Simulanten rechnen.

Wir haben unsere Aufnahmen in den letzten Jahren daraufhin einmal durchgesehen. Die sächsische Landes- Heil- und Pflegeanstalt Waldheim nimmt als festgeschlossene Anstalt neben andern alle in Haft psychisch Erkrankenden aus Sachsen und Thüringen auf. Eine Durchsicht lediglich dieser aus Haft gekommenen Aufnahmen der letzten 4 lahre zeigte bei einer Gesamtzahl von 210 derartigen Aufnahmen 62 Haftreaktionen, 90 Psychopathen, 23 Schwachsinnige, 22 Schizophrenen, 9 Organische, 3 Manische und 1 Alkoholiker. Hierdurch wird zunächst einmal die allgemeine Erfahrung des enormen Überwiegens der angeborenen geistigen Mangelzustände bei kriminellen Geisteskranken bestätigt; sie machten 83,33% der kriminellen Zuführungen aus, 72,46% betrugen Haftreaktionen und Psychopathen allein. Als psychogene Haftreaktionen sind dabei die Kranken geführt, welche hier noch deutliche psychotische Erscheinungen boten, als Psychopathen die, die wohl Psychopathisches, aber nichts Psychotisches zeigten. Die hiesige Anstalt hat verwaltungsmäßig mit ber Justiz nichts zu tun, sie untersteht einem andern Ministerium, was sich psychotherapeutisch gerade für die vielen Haftreaktionen praktisch auswirkt. Dir kriminellen Kranken werden im Rahmen der Anstalt naturgemäß angefaßt und behandelt wie die

Digitized by Google

übrigen Kranken, die sogenannten Freiverpflegten. Die Strafzeit der Kriminellen läuft für die Dauer ihrer Beobachtung, die zeitlich zunächst unbegrenzt ist, weiter, erst bei festgestellter Dauererkrankung wird die Strafe unterbrochen. Ich erwähne das, um damit zu zeigen, daß es für manchen Kriminellen einen verständlichen Zweck bedeuten kann, zu versuchen, in hiesiger Anstalt eine angenehmere Fortsetzung seines Strafvollzuges für eine Zeit zu erreichen.

Wir haben trotzdem unter unsern kriminellen Aufnahmen mit wie gesagt 72,46% psychopathischen Materials Simulationspsychosen im Birnbaum'schen Sinne nicht feststellen können. Als Simulanten mußten wir 3 Fälle auffassen, die zur Belegung unseres Maßstabes wiedergegeben werden sollen, von denen der dritte der von uns letztgenannten Gruppe zuzurechnen wäre. Daß gerade diese Gruppe hier kaum vertreten ist, mag wohl daran liegen, daß unser kriminelles Material aus psychiatrisch betreuten Gefangenenanstalten kommt.

Der eine Fall, C., ein neunmal vorbestrafter Rückfallsdieb und Betrüger vom leptosomen Typ, kam in hiesige Anstalt aus dem Zuchthause, wo er mit 46 Jahren eine zweijährige Strafe zu verbüßen hatte. Der Anlaß seiner Verlegung war, daß er im Anschluß an einen Suspensionsversuch völlig abweisend wurde, nicht mehr sprach, viel weinte, nicht mehr aß und wenige Tage später scheinbar unvermittelt einen Tobsuchtszustand bekam, in welchem er in seiner Zelle alles Erreichbare zertrümmerte. Hier war C. depressiv mit vielen körperlichen Klagen und ausgesprochener Mittelsucht. Nachdem der reaktive Verstimmungszustand abgeklungen war und auch abgeklungen sein mußte, machte das trotzdem sich gleichbleibende Verhalten, vor allem betont in Anwesenheit des Arztes, einen gekünstelten Eindruck. Unbeobachtet gab sich C. frei, heiter und stets geschäftig, seine Umgebung zu verhetzen. Rückgabe in den Strafvollzug wurde deshalb nach 3 Monaten unbedenklich vorgenommen, dies umso mehr, als C. gerade noch wenige Tage vor der bereits eingeleiteten Rückgabe zu einem Insassen hiesiger Gefangenenanstalt, mit dem er zufällig zusammengekommen war, geäußert hatte: »Wir hier in der Heilanstalt sind doch die Schlauen, die Stellung wird so lange gehalten wie es geht, bei Euch drüben sind sie ja verrückt.« In der Gefangenenanstalt hatte nun C. sofort, unmittelbar nach der Aufnahme einen Tobsuchtsanfall beobachten lassen, hatte wieder alles zerschlagen und bedauerlicherweise auch erreicht, daß er sofort wieder in hiesige Heilanstalt zurückgebracht wurde.

In diesem Fall lag nun ohne Zweifel eine voll bewußte und überlegte Handlung vor, der Tobsuchtsanfall war simuliert, wie man nach der Vor- und Nachbeobachtung des Falles mit Bestimmtheit sagen kann. Ein aufgespeicherter Affekt, der mit dem zweiten Tobsuchtsanfall etwa zwangsläufig zur Entladung gekommen wäre, konnte ja auch garnicht vorhanden sein. Annehmbar war auch schon das Verhalten in der letzten Zeit von C. simuliert.

Der zweite Fall, D., gleichfalls leptosom, war ein fünfmal Vorbestrafter, der wegen gemeinschaftlichen Mordes einen Strafrest — er

Digitized by Google

hatte Bewährung bekommen — zu verbüßen hatte. 31 Jahre alt, kam er hierher wegen allerhand Haltlosigkeiten, die ihn im Strafvollzuge unmöglich machten, und die sich um die Klage eines chronischen Darmleidens gruppierten. Dieses Darmleiden, welches D. angeblich zu jeder Beschäftigung unfähig machte, schilderte er recht unbestimmt als Schmerzempfindung in der linken Bauchseite, die durch eine unveränderliche im Darme gehaltene Luftblase verursacht würde. Körperlich war nichts zu finden, auch keine hysterischen Stigmata oder auch Sensibilitätsstörungen. Bei der längeren Beobachtung widersprach das übrige Zustandsbild, die Stimmung und das Verhalten, der unverändert fortgesetzten Behauptung von dem Darmschmerze durchaus. Die Annahme, daß es sich um Simulation handelte, war umso wahrscheinlicher, als D. auf die nach dreimonatlicher Beobachtung ihm in Aussicht gestellte Rückgabe in Strafe mit der Behauptung reagierte, er sei doch wegen seines Leidens nicht strafvollzugsfähig. Überdies hatte D. im Strafvollzuge alsbald einen sehr üblen, ganz aus dem Rahmen der Strafvollzugsvorschriften herausfallenden Brief voller toller Schimpfereien über den Direktor und Arzt geschrieben und war daraufhin — leider — wieder hierher zur Beobachtung gelegt worden. Dieser Brief war nun sicher eine simulatorische Handlung, er sollte eine psychische Haftreaktion darstellen, eine affektive Explosion, zu welcher D. sonst als zurückhaltender, abweisender, autistischer Schizoider überhaupt nicht fähig war. Beide Male dürfte D. durch simulierte Beschwerden bzw. simulierte Reaktion seine Verlegung erreicht haben.

War in den vorhergehenden Fällen C. und D. die bewußte Vortäuschung sicher abzuleiten und damit festzustellen, so lag ein weiterer Fall nicht so klar, der aber gerade deshalb erwähnenswert erscheint.

E., ein 29jähriger Zimmermann, hatte in der Gefangenenanstalt, in welcher er eine einjährige Gefängnisstrafe wegen schweren Diebstahls verbüßte, einen Unfall erlitten durch Herabstürzen von einer Leiter. Da er bewußtlos aufgefunden worden war, wurde das Vorliegen einer Gehirnerschütterung angenommen und E. auch geröntgt. Anschließend äußerte er nun allerlei Beschwerden, die er mit dem Unfall in Zusammenhang brachte, und auf Grund deren er allerhand Ansprüche machte. Auch von »Anfällen« wurde berichtet, bei denen er einmal seine Kleider zerriß, ein andermal Gegenstände gegen die Zellentür schleuderte. Er kam deshalb hierher zur Beobachtung. Hier war E. eigentlich unauffällig und äußerte zunächst nur Klagen über Kopfschmerzen. Da seine Strafzeit etwa 6 Wochen nach seinem Hierherkommen zu Ende ging, stand er sicherlich unter dem auf seine etwaigen Wunschvorstellungen dämpfend wirkenden Gedanken, daß er bei starken Krankheitsäußerungen Gefahr laufe, über die Zeit hier gehalten zu werden. Körperlich bot E. einen deutlich psychogenen Romberg und eine völlige Aufhebung der Algästhesie am ganzen Körper, selbst tiefere Nadelstiche und Durchstechen von Hautfalten lösten weder Schmerzreaktion noch Blutung aus. Organische Ausfallserscheinungen oder sonstige Abweichungen von der Norm waren nicht festzustellen. E., der in dieser Zeit im allgemeinen einen stillen, leicht gedrückten Eindruck machte, war ersichtlich erfreut und freier, als ihm etwa 14 Tage vor Strafablauf eröffnet wurde, daß er mit dem Strafende entlassen wer-

Digitized by Google

den würde. Mit dieser Besserung der Stimmung ging aber nun eine scheinbare Verschlechterung des Körperbefindens einher, E. klagte jetzt viel über Schwindelanfälle, die er durch ostentatives Hinsetzen, zumeist während der ärztlichen Visite, und eine entsprechende Erklärung dokumentierte, und trug während der letzten Woche ein Schüttelzittern des Kopfes zur Schau, aber auch nur, wenn er sich beobachtet glaubte. Da er zudem in der Schlußuntersuchung auch psychisch grob auftrug, den Unterschied zwischen Teich und Bach nicht kennen, Verwendungszweck und Prinzip des Thermometers auch nicht kennen und nicht wissen wollte, wo die Sonne aufgeht, war die Annahme berechtigt und wohl auch sicher die richtige, daß es sich um eine bewußte Simulation handelte. Gewiß konnte man bei den gefundenen hysterischen Ausfallserscheinungen für das Schüttelzittern auch den psychogenen Weg annehmen. Das Kennzeichen der Simulation hat der Fall trotzdem insofern, als hier, wie die Beobachtungsschilderung ja erkennen läßt, der Verstand jederzeit das Verhalten der jeweiligen Situation anpaßte; trotz der hysterischen Grundlage konnten die Zweckmechanismen zurückgehalten werden durch die dem Kranken sicherlich unangenehmere Aussicht, evtl. über seine Zeit in der Anstalt bleiben zu müssen. Als diese hemmenden Gegenvorstellungen durch die Mitteilung der bevorstehenden Entlassung beseitigt waren, wurde die Bahn frei für das Nachgeben und Nachgehen im Sinne von etwaigen Rentenwünschen. Der für den Kranken jeweilig höher zu bewertende Zweck, erst die Freiheit, dann evtl. eine Rente, war verstandesgemäß bestimmend.

Daß hysterische Reaktionen als ausgesprochene Zweckreaktionen der Simulation vielfach sehr nahe stehen, zeigt auch dieser Fall. Beides von einander zu trennen ist nicht leicht, wenn nicht unmöglich. Bestimmte Anhaltspunkte dafür gibt es nicht. Die sogen. hysterischen Stigmata sind es jedenfalls nicht; sie, die auf psychogene Reaktionsmöglichkeit und Bereitschaft hinweisen, schließen trotzdem nebenher gehende simulierte Krankheitszeichen nicht aus. Warum nun in dem einen Falle der Weg der psychogenen, der hysterischen Reaktion als Ausdrucksweise gegangen wird, in einem anderen der Simulation, bei biologisch vorhandenem Mechanismus, das dürfte wohl von der Stärke der jeweiligen Emotion und von der Persönlichkeit überhaupt abhängig zu machen sein. Denn jedes Erlebnis wird sich emotionell verschieden auswirken und demgemäß ausdrücken je nach dem konstitutionellen Persönlichkeitstyp, auf den es trifft. Die Fälle aber, die evtl. als Simulation beginnend mit Zuhilfenahme des vorhandenen Mechanismus uferlos und haltlos ins Psychogene gleiten, sind doch Psychogenien; denn ihre Zergliederung in den etwaigen simulatorischen und den psychogenen Teil ist praktisch unmöglich, ja ich möchte ihre Erkennung und Ausscheidung überhaupt für unmöglich halten. Ist es daher praktisch und vor allem praktisch notwendig, sie als Simulationspsychosen von den andern vielartigen Zweckpsychosen zu trennen?

Wenn man unter Simulation die bewußte, gewollte, willkürliche

Digitized by Google

Vortäuschung von krankhaften Zuständen versteht, so gehören hierher die Fälle, die sozusagen kalten Blutes simulieren, von unserm Material die Fälle C und D, und auch jene Fälle hysterischer Reaktionen, welche mit Hilfe der ihnen bekannten Reaktionsbereitschaft bewußt einen krankhaften Zustand vortäuschen und sich dabei zu ihrer Entlastung und Entspannung des ihnen geläufigen psychogenen Apparates bedienen, ihn nach Belieben ein und ausschaltend, immer imstande, ihn zu regulieren. Die psychogenen Phasen werden in diesen Fällen flüchtig, wechselnd, vorübergehend sein. Bei den, wenn ich sagen soll, richtigen Haftpsychosen, Persönlichkeits- und Haftmilieureaktionen von einer gewissen Einheitlichkeit im Einzelfalle, ist maßgebend für ihre Beurteilung nicht so sehr ihr Beginn, ihre Auslösung, ob über Wunschvorstellungen oder mit simulatorischer Anfangsphase, sondern entscheidend ist das gesamte Zustandsbild nach Intensität, Beeinflußbarkeit und Dauer.

Literatur:

Birnbaum, Kriminalpsychopathologie.

Hauptmann, Psychogen-hysterisch-simuliert. Archiv für Psychiatrie 1925.

Hellstern, Vorgetäuschte Geistesstörungen während der Haft. Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie 1926.

Ders., Vorgetäuschte Geistesstörung und ihr Übergang in echte während der Haft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 1927.

Isserlin, Die Entwicklung des Simulationsbegriffes in der Psychiatrie. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie 1924.

Kürbitz, Ein Beitrag zur Frage von Simulation und Geisteskrankheit. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1921/22.

Löbenstein, Experimentelle Studien zur Symptomatologie der Simulation und ihrer Beziehungen zur Hysterie. Archiv f. Psychiatrie 1925.

Raecke, Simulation geistiger Störung. Monatsschrift für Kriminalpsychologie 1924.

Sträußler, Haftpsychosen, Simulation, Hysterie. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930 (Referat).

Wollenberg, Hysterie oder Simulation. Psych.-neurol. Wochenschr. 1926.

Digitized by Google

Aus der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg-Friedrichsburg.
(Direktor: Prof. Dr. *Weygandt*.)

Über das absichtliche Verschlucken von Fremdkörpern [1]).

Von
Walter Kirschbaum.

Das absichtliche Verschlucken von Fremdkörpern (a. V. v. F.) wird im medizinischen Schrifttum teils als Kuriosum hier und da erwähnt, teils als eine nicht eben häufige abwegige Handlung in psychisch abnormen Geistesverfassungen bestimmter Individuen in der nervenärztlichen Literatur besprochen. Als Sonderbarkeit finden sich in chirurgischen und gerichtsärztlichen Veröffentlichungen die Mengen unverdaulicher Gegenstände im Verdauungstraktus aufgezählt und gewissenhaft abgebildet. Außerdem wurden Krankengeschichten veröffentlicht über chronische Eisenfresser, psychisch abartige Persönlichkeiten, ohne daß tiefer in die Genese dieser eigenartigen Handlungsweise hineingeleuchtet wurde.

Soweit ich das Schrifttum überblicke, hat sich vor allem *Trömner* in einer Arbeit über Selbstbeschädigung und Selbstverstümmelung näher mit der Psychopathologie des Fremdkörperschluckens beschäftigt. Es fragt sich, ob die Tatsache des a. V. v. F., so sicher sie für den Ausführenden eine Selbstbeschädigung sein oder werden kann, als solche gewollt ist, ob sie nicht etwas anderes darstellt oder bedeutet. Wenn man den Vorkommnissen des a. V. v. F. in der Literatur nachgeht und eine Reihe eigener Fälle untersucht, kommt man zu verschiedenen Wurzeln, Entwicklungen, Verläufen dieser eigenartigen Reaktionsweise, die nicht mehr so drastisch vom Gebaren anderer psychisch mehr oder minder abnormer Persönlichkeiten abweicht. Es wird sich zeigen lassen, daß das a. V. v. F. unter verschiedenen Krankheitsgruppen vorkommt und in wechselnder Konstellation dementsprechend verschiedenes bedeutet.

Das spielende Kleinkind steckt, wie allgemein bekannt, manche Dinge in Mund und andere Körperöffnungen, sicher weil ihm dabei lustbetonte Gefühle entstehen. Es hütet sich aber, die in

[1]) Vortrag geh. im Verein d. Neurol. u. Psych. Groß-Hbgs., 28. 11. 31.

Digitized by Google

den Munde genommenen Steine, Ringe, Geldstücke, usw. zu verschlucken. Wo es zufällig geschieht, kommen gewöhnlich sehr unangenehme, schmerzhafte Würgreflexe zustande, nach deren Abklingen der verschluckte kleinere Gegenstand gewöhnlich auf natürlichem Wege wieder ausgeschieden wird. *Trömner* berichtet über einen mit Trunksucht des Vaters und der Großväter schwer belasteten 20jährigen Matrosen, dessen Schwester Epileptica war, der seit frühester Jugend »aus Spielerei oder, um sich hervorzutun«, allerlei verschluckte, und wo der Trieb zeitweilig als »Entladungsdrang unbehaglicher Stimmungen« auftrat und gebieterisch Erfüllung verlangte, andernfalls sich mehr und mehr die ängstliche Unruhe steigerte. Die zu verschluckenden Gegenstände wurden immer größer, und als er im Alter von 14 Jahren ein heruntergewürgtes Stück wieder zu regurgitieren versuchte, trat ein Samenerguß auf. Seit dieser Zeit führte für ihn ein ängstlicher Verstimmungszustand zu dem Verschlucken von Fremdkörpern, das Hinunterschlucken und der Versuch des Zurückschluckens zu sexueller Befriedigung. Dieser Patient hatte nebenbei auch normale Geschlechtsbetätigung und war intellektuell durchschnittlich begabt. Von diesem Fall meint *Trömner*, daß in einer nicht direkt erogenen Zone wie Schlund und Speiseröhre wollusterregende Schmerzen entstanden seien. Diese wurden künstlich hervorgerufen zur Abkürzung ängstlicher Verstimmungszustände und waren außerdem periodisch ein Äquivalent sexueller Betätigung. Der Fall war nach ausdrücklich darauf hingerichteter Exploration nicht im Sinne einer Fellatio pervers veranlagt. Daß gelegentlich derartige Momente den Wunsch, Fremdkörper zu verschlucken, hervorrufen können, zeigt eine eigene Beobachtung an einer in der Anstalt beobachteten, an seltenen epileptischen Anfällen leidenden Puella, die sich Schlundsondenfütterungen durch den Mund erbat, weil ihr das Einführen des Schlauches durch den Mund angenehme Gefühle verursachte. Beachtenswert ist hier das Hineinspielen einer masochistischen Veranlagung, der wir in verschiedenen eigenen Fällen ebenfalls wieder begegnen werden. Wenn ein anderer Fall *Trömners*, ein schwer belasteter, frömmelnder, depressiver Psychopath mit Krampfanfällen deshalb in seinen Verstimmungszuständen Fremdkörper schluckte, um sich durch Verschlucken gefährlicher Gegenstände dem lieben Gott als Opfer für seinen in Trunksucht verkommenen Vater anzubieten, so ist nach *Trömner* fraglich, ob die »Idee des Schmerzopfers die Tat direkt bestimmte oder nur als Rationalisierung eines in seinem depressiven Zustande triebhaft auftretenden Impulses zu gelten hat«. Letzteres scheint mir viel wahrscheinlicher.

Recht charakteristisch ist bei den meisten Fremdkörperschluckern die Tendenz zur Wiederholung, indem ähnliche

Digitized by Google

Situationen immer wieder den gleichen Trieb, einen eingefahrenen Mechanismus in Bewegung setzen. Die Beobachtung der Frau Rom., deren gekürzte Krankengeschichte folgt, zeigt besonders deutlich den primitiven Ablauf des Vorganges.

1. Erna Rom., geb. 29. 10. 93. Großvater (v.) und ein Bruder des Vaters starben nach chronischer Geisteskrankheit, letzterer mit Dementia praecox in der Nervenheilanstalt Langenhorn, wo auch ein Bruder der Patientin während des Krieges 1 Jahr behandelt wurde. Vater starb an Diabetes, Mutter lebt, gesund. Schwer erziehbar, von frühauf rücksichtslos, niederträchtig egoistisch, lernte auf der Schule recht schlecht, absolvierte nur die ersten 4 Volksschulklassen. Nachher Hausangestellte und Fabrikarbeiterin. Heiratete mit 24 Jahren einen Heizer, der sich wegen Untreue der Frau bald von ihr scheiden ließ. Aus dieser Ehe eine noch lebende Tochter. Machte bei Straßenunruhen mit, wurde verhaftet, verurteilt, floh nach Holland, heiratete wieder, ging nach Holländisch-Indien, kehrte 1922 zurück, nachdem sie wegen Geistesstörungen längere Zeit in Anstalten gewesen war und der Mann sich von ihr zurückgezogen hatte. Kam in Deutschland in Haft zur Verbüßung einer längeren Freiheitsstrafe, die sie für Beteiligung an politischen Unruhen 1919 bekommen hatte. In der Haft schwerste Erregungszustände, Dämmerzustände mit Neigung, alles mögliche unverdauliche Zeug zu schlukken (Mörtel, Holzstücke, Eisenteile, totes Ungeziefer, Nägel, Nadeln, usw.). Daraufhin in den Heilanstalten Langenhorn und Friedrichsberg jahrelang aufhältlich (bis 1930). Hier eine der unbotmäßigsten Patientinnen, die in ihrer Launenhaftigkeit sich nirgends einordnen wollte. In einer Reihe von theatralischen Erregungszuständen schluckte sie, immer auf der Suche nach passenden Eisenteilen, eine Menge Haarnadeln, Schrauben, Löffelstiele, Zinken von Kämmen, Blechknöpfe, usw. Dabei bestand Neigung, auch Eisenteile in Vagina und Anus einzuführen und dort aufzubewahren. Manchmal verschluckte sie die im Kot ausgeschiedenen Eisenteile von neuem. Jede besondere Erregung hatte den Versuch und meistens auch den Erfolg des Verschluckens eines irgendwie erreichten Fremdkörpers zur Folge. Dabei brüstet sie sich mit ihren Heldentaten, erklärt, sie wisse nicht, warum sie es tue. Sowie sie ihre Aufregungszustände bekomme, sehe sie Gestalten am Fenster oder um ihr Bett, höre sie Stimmen, die sie anrufen. Sie bekomme dann Angst; es werde ihr schwarz vor den Augen; sie sehe Feuerstrahlen. Dann habe sie eine Wut, müsse etwas tun und setze sich zur Wehr. In derartigen Erregungszuständen wirft sie mitunter ebenso rücksichtslos mit Möbelstücken, wie sie Scheiben einschlägt oder Eisenteile schluckt. Sie achtet sehr wohl darauf, keine scharfen Glassplitter zu schlucken. Auch verschiedene Selbstmordversuche geschehen bedächtig genug, um ernsthaften Schaden zu vermeiden. Wenn sie keinen anderen Fremdkörper erwischen kann, verschlingt sie den eigenen Kot. Nach vielmonatiger Dauer derartigen Verhaltens, auch vorübergehenden Phasen depressiver Verstimmung, beruhigt sich die Kranke, so daß sie nach mehrmonatiger Bewährungszeit schließlich arbeitsfähig in eine Hausangestelltenstellung entlassen werden kann, wo sie seit einiger Zeit sich leidlich führt. Später über ihre Erregtheiten befragt, erklärt sie sie als Folge der Sehnsucht nach ihrem Mann, der in Niederländisch-Indien mit einer anderen Frau zusammen lebe.

Die Intelligenzprüfung ergibt einen erheblichen intellektuellen Schwach-

Digitized by Google

sinn (Imbezillität); schwerste Psychopathie (degeneratives Irresein). Im körperlichen Befund der kräftig, vorwiegend pyknisch gebauten Patienten finden sich am Nervensystem keine wesentlichen Abweichungen. Wa. R. im Blut negativ.

Bei dieser schwachsinnigen, degenerierten Psychopathin bestehen Erregungszustände, in denen sie in alle Körperöffnungen Fremdkörper einführt und geradezu danach sucht, alle möglichen Materialien zu schlucken. Für sie ist die Handlung eine Abwehrreaktion, ein unwahres Spiel mit der Selbstvernichtung, das die Selbstbehauptung der Umgebung gegenüber bezweckt. Im Grunde ist es ihr gleichgültig, ob sie Fensterscheiben einschlägt, Möbel zertrümmert oder unverdauliche Gegenstände schluckt.

Bei der weit überwiegenden Mehrzahl der Fremdkörperschlucker war ebenso wie in meinen eigenen Fällen das Hauptmotiv der Wunsch, die augenblickliche Lage zu verändern, der Gedanke, durch Überführung in ein anderes Krankenhaus Vorteile zu erwerben. Fast in allen Fällen hatte es sich um Psychopathen mit periodischen Verstimmungszuständen, auffällig häufig um gleichzeitige Alkohol- und Rauschgiftsucht gehandelt. Die körperliche Untersuchung ergab in verschiedenen Fällen, was auch in der Literatur erwähnt ist, eine hochgradige Unempfindlichkeit für Schmerzreize überhaupt. In diesem Sinne und für eine abwegige sexuelle Veranlagung bezeichnend, ist die folgende Krankengeschichte der Patientin Gen.

2. Irene Gen., geb. 7. 8. 97, stammt aus begüterter Kaufmannsfamilie. Großvater Alkoholiker, Vater hatte Syphilis. Geriet früh auf Abwege. Litt von jeher unter rasch wechselnden Stimmungen, bald übermütig, rücksichtslos frech, bald verzweifelt, lebensüberdrüssig; sehr kokett, gute intellektuelle Begabung, moralisch ganz gleichgültig. Brannte von der Schule mit einem Leutnant durch, der sie bald verließ, sank von Stufe zu Stufe, wahlloser Verkehr mit Männern, sehr starkes geschlechtliches Verlangen. Heiratete 1917 einen masochistisch veranlagten, alkoholsüchtigen Hauptmann. Da sie selbst ebenfalls sadistische und masochistische Triebe hatte, war sie durch gewöhnlichen Geschlechtsverkehr nicht mehr zu befriedigen. In der Ehe hatte sie 3 künstliche Aborte, keine Kinder. Durch ihren Mann als Vortragskünstlerin ausgebildet, trat sie in Nachtlokalen auf, trieb sich herum, »je niedriger die Männer, um so besser«, kam zu Morphium- und Kokainmißbrauch. Gelegentlich starker Alkoholmißbrauch, Rauschzustände und Trunkenheitsdelikte, ruhestörender Lärm, Eigentumsbeschädigungen. Zeitweilig stärkster Morphiummißbrauch, der zu Entziehungskuren in verschiedenen Nervenheilanstalten führte. Lebte zwischendurch in wilder Ehe, da sich der Mann von ihr zurückzog. 1924 Selbstmordversuch mit Sublimat. In der Folgezeit kam sie unter Kontrolle der Sittenpolizei, geschahen Beischlafdiebstähle; nahm die verschiedensten Rauschgifte durcheinander, hatte ein Verhältnis mit einer sadistischen Freundin, bis sie wegen Erregungszuständen in der Trunkenheit exkulpiert, hierher nach Friedrichsberg überwiesen wurde.

Körperlich: Pyknica, bis auf verschiedene Narben am Körper, durch eine

Digitized by Google

Bißverletzung plattgedrückte Nase keine wesentlichen Veränderungen. An den Reflexen keine wesentlichen Störungen. Sensibilität an den Beinen, Armen und Teilen des Rückens für Nadelstiche fast unempfindlich. Wassermann im Blut positiv.

Während des fast dreijährigen Aufenthaltes in Friedrichsberg, Mai 1928 bis August 1931, ist sie eine sehr schwierige Patientin, die durch ständige Erregungen, unerwartete Tätlichkeiten, Rücksichtslosigkeiten, ihren Willen durchzusetzen sucht. Unmutig darüber, daß sie nicht mehr genügend beachtet wird, und ihre vielen Unbotmäßigkeiten, Lärmszenen, Wutanfälle den Ärzten keinen Eindruck mehr machen, droht sie, Januar 1930, damit, Knöpfe verschlucken zu wollen. Auf einige Wochen ruhigeren Verhaltens und Teilnahme an Hand- und Hausarbeiten folgen Zeiten reaktiver Erregungszustände. In depressiver Verstimmung schluckt sie in plötzlichem Entschluß am 24. 11. 30 mehrere Löffelstiele, die wenige Tage darauf operativ entfernt werden. Nach der Operation reißt sie sich den Verband ab, »damit ihr Weiber was zu tun habt«, behauptet 3 Wochen später, wieder einen Löffel verschluckt zu haben, nur um sich wichtig zu machen. Nach Heilung der Operationswunden im folgenden halben Jahre durchaus ruhiges Verhalten, so daß sie eine zuverlässige Hausarbeiterin wird, sogar bei begründetem Ärger über tätlichen Angriff durch andere sich in der Gewalt hat. Daraufhin Ende August 1931 gebessert entlassen.

Der erste Vorfall und der Ausgang des Fremdkörperschlukkens kann für alle folgenden Wiederholungen entscheidend sein. Die meisten psychopathischen Fremdkörperschlucker handeln situationsbedingt, reaktiv, hören in anderer Umgebung damit auf, oder es müssen ganz besonders abnorme Charaktere vorliegen, die wie die eingangs erwähnten Fälle von Jugend auf durch ihr besonderes Gefühlsleben triebhaft an das Fremdkörperschlucken gefesselt sind.

Drei Krankheitsverläufe, die für schwere reaktive, depressive Verstimmungszustände mit Neigung zur Selbstbeschädigung durch Fremdkörperschlucken charakteristisch sind, sind die folgenden drei Beispiele (Kun. Rie. Den.):

3. Kun. Geb. 13. 6. 1895, Hamburg. Großmutter soll starke Trinkerin gewesen sein, zuletzt ihr Anwesen in Brand gesteckt haben, geistesschwach in einer Heilanstalt gestorben sein. Vater pensionierter mittlerer Beamter, mehrere ordentliche Geschwister. Eltern gesund.

1902—1910 Volksschule, mittlere Leistungen; im Anschluß daran zur See gefahren bis 1914, wo er in Südamerika bis 1920 als Zivilgefangener interniert wurde. Nach der Rückkehr Arbeit in verschiedenen Betrieben bis 1926. 1922 Heirat; Ehe blieb kinderlos, wurde 1929 geschieden.

Stets eigenwillig, rücksichtslos mit Neigung, grob aufzutreten und andere zu quälen, gleichzeitig übelnehmerisch, verschlossen, sehr empfindlich, aufbrausend, Neigung zu Gewalttätigkeit, leidet unter Stimmungsschwankungen, war sexuell sehr aktiv, sadistische Komponente. Schon früh Alkoholmißbrauch. So kam er 1913 (18jährig) nach mehrwöchigem Alkoholmißbrauch infolge eines wenig ernsten Selbstmordversuches (Schnitt über die Pulsader) ins Eppendorfer Krankenhaus, wo er durch kindisches Verhalten auf-

Digitized by Google

fiel und nach wenigen Tagen wieder entlassen wurde. 1914 Syphilisinfektion. In Südamerika bekam er Ruhr, Typhus, Malaria, trieb Alkoholmißbrauch. In Deutschland erfolgte 1921 zweiter Selbstmordversuch mit Leuchtgas und Öffnungsversuch der Pulsader. Rechtzeitig entdeckt, folgenlos vertragen, angeblicher Grund: Trauer über den Tod seines Mädchens, das abortierte. Nach der Heirat einer ebenfalls trunksüchtigen Frau 1922, rapide Zunahme des Alkoholismus, bezecht, leicht gewalttätig, jeden zweiten oder dritten Tag total betrunken; infolge davon 1927—30 fünfmonatige Aufnahmen in Friedrichsberg, wo übermäßiger Alkoholmißbrauch abgestritten wurde, obwohl K. bei gelegentlichem Urlaub sofort wieder dem Alkohol frönte. Entmündigung. Nach Verweigerung eines Urlaubs mißgestimmt, obwohl er kurz vorher mehrmals beurlaubt war, zerbricht er einen Aluminiumeßlöffel und schluckt den langen Stiel mit einigem Geschick herunter, ehe noch der Pfleger ihn daran verhindern kann. »Wenn das nicht genügt, werde ich noch einen verschlucken, um hier herauszukommen«. Die besondere Technik des Verschluckens will er von einem Vetter gelernt haben, der berufsmäßiger Degenschlucker sei.

Ins Krankenhaus verlegt, geht der 15 cm lange Löffelstiel per vias naturales ab. Es gelingt ihm, von der chirurgischen Station des Krankenhauses zu entweichen. Polizeilich zurückgebracht, stark nach Alkohol riechend, verschluckt er zwei Teelöffelstiele und drei Glasstöpsel.

Nunmehr wird er in das gesicherte Haus der Staatskrankenanstalt Langenhorn verlegt, wo er in der Werkstatt des festen, geschlossenen Hauses an einem Nachmittage (4. 3. 29) 225 Eisennägel verschluckt, um abermals ins Krankenhaus zu kommen. 2 Wochen später Laparotomie und Entfernung des ganzen Nagelpaketes aus Dünndarm und Magen. Etwa 1 Monat später Entlassung aus der Nervenheilanstalt. Fortsetzung des Trunkes führt zu unerwarteter polizeilicher Überführung in eine Trinkerheilstätte. Bei der Festnahme ergreift er eine Gabel und 2 Teelöffel, verschluckt deren Stiele auf dem Klosett, um wiederum ins Krankenhaus, nicht in die Heilstätte zu kommen. Neue Operation und Entfernung der Fremdkörper. Trotzdem Verlegung nach Friedrichsberg, wo er häufige Stimmungsschwankungen zeigt, aber sich einsichtiger als früher verhält. Auf einem der häufigeren Urlaube schluckt er in seiner Wohnung eine Gabel herunter (April 1930), die schließlich auf natürlichem Wege abgeht. K. ist durch die verschiedenen Fremdkörperschädigungen und Bauchoperationen nunmehr so körperlich geschwächt und behindert, daß er keine Neigung zum Trunk mehr hat, seine törichten Handlungen bedauert und sich mühselig mit häufigen Leibschmerzen in dürftigster Weise durchs Leben schlägt (Sommer 1931).

4. Rie. Geb. 8. 8. 1891. Vater litt an Asthma. In der Familie keine Nervenkrankheiten bekannt; keine besonderen Kinderkrankheiten. Schwer erziehbar, lernte in der Schule gut. Danach Maurerlehre. 1913 zur Marine eingezogen. Im Kriege bei einer U-Boot-Flottille. 1917 lief das U-Boot auf eine Mine. Er selbst wurde gerettet, angeblich in schwer verletztem Zustande. Blieb bis Mitte 1918 im Militärlazarett. 1919 im Freikorps Lützow an politischen Unruhen beteiligt. Dann in verschiedenen Stellungen als Techniker und Arbeiter, häufig wechselnd.

Stets leicht aufbrausend, impulsiv, neigt zu schweren Zornausbrüchen mit maßlosen Beschimpfungen und brutalen Drohungen, stets unehrlich (zahlreiche Bestrafungen wegen Betrugs), unwahrhaftig, neigt zu phantastischen

Digitized by Google

Lügereien, eitel, prahlerisch, theatralisches Gebaren, wichtigtuerisch. Bei allem nicht unintelligent, sehr gerissen auf seinen Vorteil bedacht; solange es ihm gut geht, überheblich, geradezu unverschämt, anmaßend, im Unglück um so wehleidiger. Hält nirgends länger aus, unstet, ruhelos.

1921 Syphilisinfektion. Angeblich nach der Verwundung beim Untergang des U-Bootes 1917 reichlich mit Morphium behandelt. Danach ausgiebiger Morphium-, Heroin- und Kokainmißbrauch; wurde Rauschgifthändler etwa seit 1920; machte verschiedene vergebliche Morphiumentziehungskuren durch. Deshalb mehrmals in geschlossenen Anstalten. 1923 ließ der Morphiummißbrauch nach. Starker Alkoholmißbrauch trat an seine Stelle. Er vertrug den Alkohol schlecht; neigt im Rausch zu schweren Erregungszuständen. Nach einem schwächlichen Selbstmordversuch an den Pulsadern Juli 1928 in Friedrichsberg eingeliefert. Hier ordnet er sich wenig ein. Weiß sich heimlich Sprit zu verschaffen, macht bei Arbeiten im Gelände Durchstechereien aller Art, schreibt viel Beschwerdebriefe, immerfort leicht gereizt. Versteht, den Erregungsausbruch zu meistern; man merkt ihm an, wie er sich bezwingt. Zeitweilig gutmütig, freundlich, aber immer übelnehmerisch, leicht beleidigt, fühlt sich zurückgesetzt mit Neigung zu paranoiden Verdächtigungen. Als ihm im Mai 1929 Entlassung abgeschlagen wird, verschluckt er mehrere Metallknöpfe und einen abgebrochenen Löffelstiel, die im Hafenkrankenhaus operativ entfernt werden. Nach Friedrichsberg zurückgelegt, besonders verzweifelt, beginnt er kleine Eisenteile und Blechstreifen einer Zigarettenschachtel zu verschlucken, um wieder ins Krankenhaus zu kommen. Darauf erfolgt Verlegung nach der Anstalt Langenhorn, die ihn wieder ins Hafenkrankenhaus schickt, wo die verschluckten Fremdkörper (Löffelstiel, Blechstücke, Schraube, Bleistifthülse, Nägel, usw.) wieder durch Laparotomie entfernt werden. Nach Langenhorn zürückverlegt, wird ihm Geländefreiheit gegeben; er kann sich Arbeit suchen und wird Juli 1930 entlassen. Seitdem schlägt er sich kümmerlich durch.

Aus dem körperlichen Befund ist erwähnenswert: Zahlreiche Narben am ganzen Körper (angeblich Folgen von Granatsplitterverletzung). Große Laparotomiennarben. Über dem linken Unterarm verheilte längere Schnittnarben. An beiden Unterschenkeln verheilte Geschwürnarben. Röntgenologisch schwere syphilitische Knochenveränderungen an beiden Unterschenkeln. Beide Pupillen sind entrundet, reagieren auf Licht und Konvergenz mäßig prompt und ausgiebig. Die Kniesehnenreflexe sind links lebhafter als rechts; die Achillessehnenreflexe fehlen. Keine ataktischen Störungen. Sprache normal. Wassermannsche Reaktion im Blut stark positiv, in der Rückenmarksflüssigkeit alle Reaktionen negativ.

5. Den., geb. 19. 12. 93, Schauspieler. Vater war angesehener Theaterdirektor eines sehr bekannten Unternehmens, alteingesessene süddeutsche Bauernfamilie mit vielen fürs Schauspiel begabten, intelligenten Mitgliedern und einigen besonders sensibeln, übererregbaren Naturen. Keine Geisteskrankheiten in der Aszendenz. Einziger Sohn, kluger Schüler, der das Gymnasium bis zum Einjährigen absolvierte, kurze Zeit in der Kaufmannslehre war, dann zur Bühne ging, dort in allen folgenden Jahren viel Erfolg hatte. Schon als Kind litt er an Angstzuständen, die mit Atemnot einhergingen. Gegen die ängstlichen Beklemmungen, die sich auch vor seinem Auftreten auf der Bühne zeitweilig einfanden, nahm er reichlich Alkohol. Sehr lebhafte vita sexualis mit Neigung zu Perversionen (fellatio). Von 1914—18 tüchtiger

Digitized by Google

Soldat, wurde Leutnant und schließlich Oberleutnant, zeichnete sich auf verschiedenen Kriegsschauplätzen, zuletzt in der Türkei durch Mut und Geistesgegenwart aus. 1919 übernahm er nach dem Tode seines Vaters die Leitung des Theaterunternehmens, heiratete eine ihm bald untreu werdende Frau, deren Verlust er nie ganz verschmerzte. Seit dem Fortgang der Frau verstärkten sich Platzangst, argwöhnische, depressive Vorstellungen, plötzliche Mutlosigkeit, die nur durch reichlichen Alkoholmißbrauch und Schlafmittel überwunden wurden. Kurz darauf die erste von zahlreichen vergeblichen Entziehungskuren in verschiedensten Nervenheilanstalten Deutschlands. Zunahme depressiver Verstimmungszustände, die bis zu großer motorischer Unruhe, ängstlich gefärbten Wahnvorstellungen auf der Basis von Minderwertigkeitsgefühlen führten. Die Perioden schwerer Depression wurden von Tagen und Stunden besonderer Aktivität abgelöst, wo er auf der Bühne oder mit Freunden und Frauen sich temperamentvoll gerierte, hinterher aber oft um so mutloser war. Das unstete Auf und Ab blieb in allen Jahren kennzeichnend. Es geschahen nicht besonders ernst angelegte Selbstmordversuche, Schlafmittelvergiftungen, warf sich aus einem langsam fahrenden Zuge und trat zwischendurch als sehr gefeierter Schauspieler auf, stets von Frauen umworben. Nach einem Duell 1926 (Pistolenschuß in den Leib, der zur Nierenextirpation führte) kam er zu Morphiummißbrauch, der ihn völlig berufsunfähig machte. Bald mittellos, verstand er es, durch raffinierte Machenschaften sich noch einige Zeit Morphium zu verschaffen; dann jahrelang mit kurzen Unterbrechungen wegen immer erneuter Rückfälle in Morphinismus Anstaltsbehandlung.

Um reichlich Schlafmittel zu erhalten, auch nach der Entziehung sehr wehleidig, theatralisch. Versucht Nierenblutungen vorzutäuschen, um Morphium zu bekommen, läßt sich von einem rohen Mitpatienten mit aller Gewalt in den Rücken schlagen, um blutigen Urin zu erzeugen. Als das keinen Eindruck macht, täuscht er vor, einen Löffelstiel verschluckt zu haben, bis man den abgebrochenen Stiel in der Matratze findet. Um so mehr beleidigt, als man ihm seine törichte Handlung vorhält, findet er eine Recordspritzenkanüle und schluckt diese am 12. 8. 29 so unglücklich, daß sie in den Bronchus gerät, aus dem sie in sehr schwieriger Operation chirurgisch entfernt werden mußte. Nunmehr steigert sich der seit Tagen bestehende Erregungszustand zu Gewalttätigkeit und Zerstörungssucht seiner Umgebung gegenüber. Dann wird er unter strenger Bewachung nach einigen Tagen ruhiger, kann das Bett wieder verlassen, spricht mit niemandem vom Pflegepersonal, schneidet den Arzt. In dieser Zeit sammelt er alle möglichen kleinen Eisenteile, die er mit den Mahlzeiten verschluckt, bis er infolge starker Magendarmschmerzen dem Arzt Mitteilung macht, und ein Röntgenbild die tatsächlich erfolgte Aufnahme einer Unmenge von Metallknöpfen, Nadeln, Blechteilen, usw. enthüllt. Alle Eisenteile hatte er zu verhältnismäßig kleinen Brocken geformt, um sie gut schlucken zu können. Auf der chirurgischen Abteilung sind einige Tage darauf alle Eisenstücke auf natürlichem Wege abgegangen. Einen Monat später sieht er das Unvernünftige seiner Handlungsweise ein, schämt sich, führt sein Tun auf die Beeinflussung durch einen anderen, gleichzeitig mit ihm beobachteten Patienten, den als Fall 4 hier aufgeführten Rie. zurück. Er habe weder aus noch ein gewußt, und er begreife nicht, wie er sich so von seiner Umwelt habe abtrennen können, immer nur mit dem Gedanken beschäftigt: „Du mußt dich den anderen zum Trotz zugrunde richten.« Er und

Digitized by Google

der Patient Rie. haben sich gegenseitig überbieten wollen. — In der Folgezeit nach mehrmonatigen Aufenthalten in der Freiheit immer wieder Rückfälle in Schlafmittelmißbrauch; Entmündigung. Schwerere Erregungszustände sind nicht wieder aufgetreten. Fremdkörper wurden nicht wieder verschluckt; er bezeichnet derartiges als Lächerlichkeiten. Schlägt sich, wieder verheiratet, als Vortragskünstler mühsam durchs Leben. Leidet weiterhin an periodischen, meist nächtlichen Angstzuständen.

Körperlich: Kräftiger Körperbau, leptosom. Operationsnarben am Leib und Rücken, Reflexe sämtlich normal, Sensibilität o. B., Wa. R. im Blut negativ.

In den drei zuvor mitgeteilten Krankengeschichtsauszügen hat es sich um ernst gemeinte Selbstmordabsichten gehandelt, die sich aus psychogenen Reaktionen, hysterischen Ausnahmezuständen haltloser Psychopathen vollständig erklären. Von Interesse ist, daß diese Patienten sich gegenseitig beeinflußten und einer auf den anderen im Sinne des Fremdkörperschluckens einwirkte. Zuerst handelte Kun., der Vetter des Degenschluckers, der die größte Fertigkeit besaß; er beeinflußte den Rie., und Rie. verband sich mit Den. zu gemeinsamem Tun. Auch bei diesen absonderlichen Handlungen zeigt sich die bekannte Seelenharmonie bestimmter Psychopathen. Es bestand demnach auf der Abteilung im Jahre 1929 eine kleine Endemie im Fremdkörperschlucken, bei der einer den andern zu übertreffen suchte und — recht typisch für die Renommisterei — die einzelnen sich gegenseitig vorlogen, was sie noch alles mehr verschluckt hätten. Als diese Patienten voneinander getrennt waren, hat das a. V. v. F. sich bei Gelegenheit und Stimmung trotzdem noch einige Zeit wiederholt, bis alle drei als intellektuell ausreichend begabte Menschen, durch Schaden gewitzigt, für die Unzweckmäßigkeit ihrer früheren Handlungsweisen volle Einsicht aufbrachten und nicht wieder rückfällig wurden.

Hat es sich in den zuvor besprochenen Fällen um haltlose Psychopathen gehandelt, so ist im folgenden Fall die Verbindung mit echter kryptogenetischer Epilepsie von Interesse, insofern, als in Verstimmungszuständen, die auf gehäufte echte Anfälle folgten, Fremdkörper geschluckt wurden. Auch hier hat Mal für Mal ein der Patientin peinliches Erlebnis den Anlaß gegeben, wenn es in die Zeit eines periodischen epileptischen Verstimmungszustandes hineinfiel. Die übergroße allgemeine Empfindlichkeit einer debilen Epileptica und Psychopathin erzeugt in Zeiten depressiver Verstimmung triebhaft primitive Selbstbeschädigungsversuche. Mit dem Nachlassen der epileptischen Anfälle schwinden die Verstimmungszustände, hört die Neigung, Fremdkörper zu schlucken, auf.

6. Ida Qui., geb. 20. 9. 1908, Hausmädchen, wird in einem Dämmerzustand nach echten im Krankenhaus beobachteten epileptischen Anfällen am

Digitized by Google

4. 7. 27 in Friedrichsberg aufgenommen. Die Familienanamnese ergibt nichts besonderes. Das stets sehr empfindliche, körperlich etwas unterentwickelte, sonst nicht weiter auffällige Mädchen hat die Volksschule bis zur 3. Klasse besucht, war zum Lernen wenig begabt, soll seit der Pubertät an gelegentlichen Anfällen und schweren Verstimmungszuständen leiden. Menses seit dem 15. Lebensjahr ziemlich regelmäßig. Zwischen diesen und den Anfällen keine sicheren Beziehungen nachweisbar. Körperlich bis auf eine geringe Anämie und stark überstreckbare Gelenke keine besonderen Anomalien.

Nach Abklingen des Dämmerzustandes einige Tage zugänglich gutmütig, in allen Reaktionen verlangsamt. Dann Mitte Juli unruhig, gereizt und 29. 7. 27 schwerster Status epilepticus von über 2 Stunden Dauer, der die verschiedensten Exzitantien, künstliche Atmung, Übergießungen, usw. erforderlich macht. Pupillenreaktion aufgehoben, Babinski beiderseits, generalisierter tonischer und klonischer Krampf, am nächsten Tage schwerbesinnlich, 3 Tage darauf leicht benommen und die nächsten 3 Wochen zugänglich, aber schwerfällig. Ende August 1927 5tägige Anfallsperiode, danach wieder 3 Wochen Ruhe, Ende September 4tägige Anfallsperiode, danach 1 Woche Pause und 3 Tage lang sehr gehäufte Anfälle, die in einen Status epilepticus übergehen. Nach dessen Abklingen sehr labile Stimmung, zeitweilig depressiv, überaus empfindlich, häufig aber auch ganz unmotivierte Unruhezustände. Im Laufe des Dezember 1927 ganz selten Anfälle, kurze Absenzen, dafür besonders depressiv und sehr übelnehmerisch. Als ihr ein Weihnachtsurlaub versagt bleibt, schluckt sie eine kleine geöffnete Sicherheitsnadel, »wollte vorher sterben«, verweigert die Nahrungsaufnahme, läuft schreiend und jammernd in theatralischer Weise im Saal herum. Als die Nadel auf natürlichem Wege abgegangen ist, wird sie ruhiger, bis Mitte Februar 1928 wieder ein ängstlicher Verstimmungszustand mit Nahrungsverweigerung, Mutismus, stuporähnlichem Verhalten einsetzt. Sie reagiert nur wenig auf starke Schmerzreize, sonst völlig von der Umwelt zurückgezogen. Ende Februar etwas freier, klagt über große Angstzustände mit Lebensüberdruß. Eine Röntgenaufnahme ergibt Anfang März 1928, daß erneut von ihr 2 Sicherheitsnadeln und eine spitze Stahlnadel verschluckt sind. Eine Befragung darüber scheitert zunächst am ständig abweisenden Verhalten. In einem Erregungszustand schreit die Patientin Mitte März: »Nur wenn ich daußen bin, werde ich gesund, und komme ich nicht bald nach Hause, so mache ich mich tot.« Da ihr das Aufstehen nicht erlaubt wird, zerschlägt sie Fensterscheiben. Nach Verlegung auf eine andere Abteilung wird sie sehr bald ruhiger und bleibt die folgenden Wochen und Monate bei Hilfsarbeit im Küchenraum ruhig; die Anfälle sind sehr viel seltener und in den letzten Monaten vor der Entlassung (Mai bis September 1928) ganz ausgeblieben.

Nach der Entlassung wieder Hausmädchen. Sie verschluckt, »weil ich Fisch essen mußte«, in ihrer Dienststelle abermals eine Nadel, kommt aber erst 2 Monate später (Ende Dezember 1928) in einem stark psychogen anmutenden Dämmerzustand wieder zur Aufnahme. Diese abnorm psychische Reaktion scheint durch Mißstimmungen über die Weihnachtsfeier ausgelöst zu sein. Sie habe sich in Erinnerung an die traurige Weihnachtszeit in Friedrichsberg im Jahre vorher völlig energielos, ängstlich »wie abgestorben« gefühlt. Nach Aussprache über ihre Mißempfindungen klingt der psychogene Zustand ab. Häufige Klagen über ihre hiesige Unterbringung. Frühjahr 1929 keine Anfälle mehr; geistig geschwächt, plump-vertraulich; führt sich

Digitized by Google

ordentlich, arbeitet willig im Waschhaus, bekommt eine Hausmädchenstelle, wird Mai 1929 entlassen, hält aber nicht lange aus und kommt zeitweilig immer wieder unter Fürsorge des staatlichen Wohlfahrtsamtes.

Bei einigen der in der Literatur mitgeteilten Fällen (*Wildermuth*) ist ein primärer Schwachsinn mit ausgeprägtem Geltungsbedürfnis, der Wunsch, durch besondere Taten die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken, eine Hauptursache für immer wiederholtes a. V. v. F. Derartigen Menschen, die beim erstenmal, teils aus Spielerei, teils aus Unmut über eine ihnen nicht passende Situation, immer mit dem Gedanken, auf ihre Umgebung dadurch im eigenen Interesse einzuwirken, verhältnismäßig geringe Beschwerden nach dem Fremdkörperschlucken verspürten, fehlt das Verständnis für die Gefährlichkeit ihrer Handlungsweise. Hier handelt es sich mit *Marx* mehr um das Wirken eines Spieltriebs, um eine primitive Selbstbehauptungstendenz, der gegenüber evtl. später notwendige Operationen und Schmerzen leicht wiegen. In diese Gruppe gehören auch Menschen, die auf Jahrmärkten in Schaubuden das Fremdkörperschlucken als Erwerbsquelle benutzen. Von ihnen ist eine Selbstbeschädigung nicht beabsichtigt. *Kastan* verdanke ich die Mitteilung eines Falles, der als »lebendes Aquarium« mit einigen Schluck Wasser kleine Fische herunterschluckte und nach gut eingeübtem Brechakt allers wieder herausbeförderte. Ein primitiver Rohling, der als Kannibale, bunt angemalt, vor Zuschauern gegen Entgelt rohes Kaninchenfleisch angeblich noch warm vertilgte, steht den Fremdkörperschluckern sehr nahe, und nicht allzu weit davon sind die Leute einzureihen, die im sinnlosen Verzehren großer Mengen gekochter Eier Rekorde aufstellen und sich dafür prämiieren lassen, ungeachtet der Gefahr, an ihrer Gesundheit schweren Schaden zu nehmen.

Im Verlauf psychischer Störungen in der Strafhaft führen bei psychopathischen Individuen hypochondrische Wahnideen und Gehörstäuschungen zum Verschlucken von Fremdkörpern. Es finden sich eine ganze Reihe derartiger Beobachtungen (*Aschaffenburg, Ziemke, Liebers* u. a.), wo sich diese Tat herausbildet im wesentlichen als ein Akt der Verzweiflung typisch reaktiv depressiv aus dem Gefühl heraus, daß sich keine andere Möglichkeit findet, aus der verhaßten Umgebung herauszukommen. Manchmal auch ist das zuvorgenannte Motiv weniger gewichtig und dafür der Akt eine Folge von Langerweile, dem Trieb, zu irgendwelcher Veränderung und dies besonders bei den Fällen, die schon häufiger Fremdkörper geschluckt haben. Darunter finden wir Charaktere, die verwandt den Patienten sind, die in den ausführlicher mitgeteilten Krankengeschichten abgehandelt wurden.

Digitized by Google

Von den psychischen Störungen der Haft mit den zum Teil wahnbedingten impulsiven Reaktionen, die sich u. U. auch im a. V. v. F. Luft machen, sind die nur äußerlich ähnlichen Vorkommnisse bei echten organischen, bzw. Prozeßpsychosen zu unterscheiden.

Wenn ein tief verblödeter organisch Gehirnkranker (Paralytiker) sich gelegentlich unverdauliche Gegenstände einverleibt, so kann nicht von einem absichtlichen Fremdkörperschlucken gesprochen werden. Anders liegt der Fall bei schizophrenen Psychosen, wo es vorkommt, daß aus Wahnvorstellungen heraus, wie in *Trömners* Fall, Eisenteile und Holzstücke verschluckt wurden, um vermeintliches Ungeziefer im Magen zu töten. Einer meiner Fälle, der sich die Ohren und Nase mit Erde und Steinchen verschloß, um Stimmen und Strahlen dadurch abzulenken, versuchte Gifte aus Magen und Darm herauszutreiben und aufzusaugen, indem er Papier und zerkleinerte, abgerissene Wäschestücke verschlang. Diese schizophrenen Kranken wählen bedachtsam aus, was sie als Gegenmaßnahme gegen die bei ihnen bestehenden wahnhaften körperlichen Sensationen herunterschlucken.

Bei den Fremdkörperschluckern ist die Art und Menge der verschluckten Fremdkörper psychopathologisch nicht bedeutungslos, und es ist selbstverständlich ein Unterschied, ob große und spitze Fremdkörper geschluckt werden oder kleine Eisenstückchen oder geschlossene Sicherheitsnadeln. Die Kranke Rom. vermied alle scharfen Eisenteile und besonders Glassplitter; der Patient Den. suchte sich nur eine Unmenge kleinster Eisenteile. Es ist immer wieder erstaunlich, zu sehen, daß der menschliche Verdauungstraktus verhältnismäßig häufig recht große und gefährliche Fremdkörper auf natürlichem Wege ziemlich glatt auszuscheiden vermag.

Überblickt man die geschilderten Fälle, die verschiedenen Möglichkeiten, unter denen es zum a. V. v. F. kommt, so sind zu unterscheiden die seltenen rein psychotischen Ursachen, wo die geisteskranke Person im Sinne z. B. eines schizophrenen Wahnsystems gewöhnlich als eine Abwehrhandlung unverdauliche Fremdkörper schluckt. Das kann auch bei besonderer Konstellation in epileptischen Dämmerzuständen vorkommen, wofür ein mitgeteilter Fall spricht. — Ganz für sich steht ferner die Gruppe nicht geisteskranker primitiver Artisten, die das Verschlucken von Fremdkörpern als Geschäft (Säbelschlucker, Schlucken lebender Fische u. a.) betreibt. Hier handelt es sich gar nicht um ein eigentliches Einverleiben, sondern gewollt ist ein nur für die Zuschauer erregendes, an sich gefahrloses Kunststück, das dafür geeigneten Personen angelernt oder mitgeteilt ist und vom seelischen Erleben solcher Artisten ganz abgetrennt, mecha-

Digitized by Google

nisiert ist. Insofern als eine Selbstbeschädigung nicht beabsichtigt ist, können einzelne Fälle schwachsinniger Psychopathen, die aus Geltungsbedürfnis, um von sich reden zu machen, aus Trotz und Langerweile im Anstaltseinerlei periodisch absichtlich Fremdkörper schlucken, den Zuvorgenannten nur lose angereiht werden. Sie werden nämlich mit größerer Berechtigung dem Hauptkontingent der Fremdkörperschlucker zugeordnet, bei denen ängstliche Vorstellungen und Beeinträchtigungsideen zu den geschilderten triebhaften Handlungen führen. Schuldgefühle wie in *Trömners* Fall, der zur Buße für die Schlechtigkeit seines Vaters ein »Schmerzopfer« darzubringen gedachte, sind nur selten nachweisbar. In der Mehrzahl handeln die Psychopathen, die absichtlich Fremdkörper schlucken, im Gefühl der Unschuld, in dem Wunsch, ihre Lage, koste es, was es wolle, irgendwie zu verändern. Es gehört viel Heroismus, gestaute Affektivität dazu, um die verschiedenen Fremdkörper herunterzuschlucken. In allen Fällen muß aber dem Betreffenden der Lustgewinn derartiger Handlungen, so widersinnig sie erscheinen, höher sein als der mutmaßliche Schaden. In schweren Verstimmungszuständen reaktiver Art ist die Möglichkeit an der Handlungsweise sterben zu können, kein Gegengrund, davon abzulassen. So wird in der Enge einer Haft gelegentlich das a. V. v. F. für die psychisch Eingeengten zur befreienden Tat. Sie fühlen sich als Märtyerer, die den Heroismus ihrer Tat genießen wollen. — Es wurde auf die sadistische und masochistische Veranlagung bei verschiedenen Fremdkörperschluckern hingewiesen: auch die Möglichkeit einer rein sexuellen Ursache des abnormen Triebes wurde gelegentlich beobachtet.

Das a. V. v. F. steht in der Mitte zwischen der schmerzlosen Simulation und Verstellung und dem Selbstmord mit seinen verschiedenen Möglichkeiten. Wo nicht, wie nur selten, das a. V. v. F. aus sexuell perversen oder echt psychotischen Wahnvorstellungen heraus einer abwegigen Gefühls- und Gedankenwelt als solcher eine zweckentsprechende Erfüllung bringt, ist es ein Verteidigungsmittel in einer dem Individuum unerträglichen Situation, die dadurch in günstigerem Sinne verändert werden soll.

Literaturverzeichnis.

Aschaffenburg, Münch. med. Wschr. 1904, Nr. 9.
Liebers, Münch. med. Wschr. 1927, Nr. 19.
Marx, Ärztl. Sachverst.-Zeitg. 1913, Nr. 17.
Trömner, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1925, *99*.
Wildermuth, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930, *130*.
Ziemke, Arch. f. Kriminalantrop. 1923, *75*.

Digitized by Google

Die Unterbringung der geisteskranken Strafgefangenen.

Von

Geheimrat Dr. **Kayser**, Direktor i. R. der Provinzial-Irrenanstalt Dziekanka bei Gnesen.

Einem Bericht, den ich dem Herrn Landeshauptmann der Grenzmark-Posen-Westpreußen erstattet habe, entnehme ich folgendes über zwei Punkte, die mir für die Irrenpflege als wichtig erscheinen. Da ist zunächst die Unterbringung der als geisteskrank erklärten Strafgefangenen in einem festen Bewahrungshaus einer Irrenanstalt. Zur Erbauung solcher Bewahrungshäuser sind alle preußischen Provinzen genötigt worden. Für die Justizverwaltung ist es ja sehr bequem zu sagen: wer als geisteskrank erklärt ist, scheidet aus dem Strafvollzug aus und verfällt der Fürsorge der betreffenden Provinz; aber die Frage der öffentlichen Sicherheit dürfte doch stets als eine Aufgabe der Polizei und Justiz anzusehen und nicht der Provinzialverwaltungen aufzubürden sein. Sollte aber ein solcher rechtlicher Grund nicht anerkannt werden, so sprechen doch schwerwiegende praktische Gründe für eine Änderung des bisherigen Verfahrens. Der öffentlichen Sicherheit wird durch Unterbringung der geisteskranken Strafgefangenen in einer Abteilung der Strafanstalt weit besser entsprochen; denn das Entweichen aus einem Bewahrungshaus wird den hierin erfahrenen Verbrechern stets leichter gelingen als aus einer Strafanstalt. Abgesehen von der Frage der Sicherheit ist ihre Unterbringung in den Irrenanstalten als unzweckmäßig zu bezeichnen, weil sie dem Zweck der Irrenanstalten widerspricht, welche Krankenhäuser sein sollen für Geisteskranke, zur Genesung der Heilbaren und zur Pflege der Unheilbaren. Ärzte und Krankenpfleger der Irrenanstalten können nicht in einer Reihe von Krankenpavillons ihrem humanen Beruf nachgehen und dann im Bewahrungshaus sich völlig umstellen auf die Erfordernisse einer Strafanstalt. Das kann man theoretisch verlangen, praktisch ist es nicht durchführbar. Der Arzt wird sich oft genötigt sehen, durch kleine Zulagen zur Kost, und Vergünstigungen, wie Tabak, Ordnung und Ruhe im Bewahrungshaus aufrechtzuerhalten, also vor den Insassen zu kapitulieren; die Krankenpfleger in den Irrenanstalten werden stets auf humane Behandlung der Geisteskranken hingewiesen, im Bewah-

Digitized by Google

rungshaus aber sollen sie Aufseher einer Strafanstalt sein; so wenig wie der Arzt können auch sie sich plötzlich umstellen. Ob die innere Einrichtung der Bewahrungshäuser immer völlig zweckentsprechend ist, kann ich nicht sagen, da ich nur wenige kenne, möchte aber ein Fragezeichen dazu machen. Das erste Bewahrungshaus wurde bei einer rheinischen Irrenanstalt gebaut, sehr zum Verdruß des damaligen Direktors. Nach Belegung des Hauses erwies sich ein völliger innerer Umbau als notwendig. Als einige Jahre später die Provinzial-Irrenanstalt Obrawalde gebaut wurde, für welche ein Bewahrungshaus vorgesehen war, ist dasselbe zwar besser ausgefallen, aber doch nicht ganz zweckentsprechend. Erst einige Jahre später, sah ich bei der Berliner Irrenanstalt für Epileptiker in Wuhlgarten ein Bewahrungshaus, das allen Anforderungen entsprach; es war aber ein richtiges, kleines Zuchthaus, ganz zweckentsprechend, aber den Irrenarzt fröstelt es beim Anblick und es ist ein Fremdkörper in einem Krankenhaus. Auch für die Familien, die genötigt sind einen Angehörigen der Irrenanstalt zuzuführen, muß es peinlich sein zu erfahren, daß auch geisteskranke Verbrecher sich in derselben Anstalt befinden. Da alle preußischen Irrenanstalten unter derselben Kalamität leiden, habe ich Auskunft erbeten, wie die anderen großen Länder in Deutschland sich dazu verhalten und von den betreffenden Irrenanstalten folgende Antworten erhalten.

1. Baden. (Auskunft der Irrenanstalt Illenau.)

»In der Haft erkrankte Sträflinge bleiben, so lange sie ihre Strafe verbüßen, in dem psychiatrischen Adnex der Strafanstalt Bruchsal, das von einem psychiatrisch vorgebildeten Arzt geleitet wird. Der als dauernd geisteskrank erkannte Sträfling wird, sobald er aus dem Strafvollzug ausscheidet, einer öffentlichen Irrenanstalt zugeführt, in der Regel der Irrenanstalt Wiesloch, die ein gesichertes Haus für solche Fälle, sofern sie gefährlich sind, besitzt. Der Arzt des Bruchsaler Adnexes muß psychiatrisch vorgebildet sein.«

2. a) Württemberg. (Auskunft der Irrenanstalt Schussenried.)

»Nach Verfügung des Württ. Justizministeriums vom 16. 12. 1902 ist die gegen Personen männlichen Geschlechtes erkannte Zuchthausstrafe in der Filialanstalt des Zuchthauses Ludwigsburg-Hohenasperg zu vollziehen, für den Fall, daß die Hausordnung wegen Arbeitsunfähigkeit oder geistiger Mängel nicht durchführbar ist. Näheres vgl. Verfügung des Justizministeriums vom 21. 9. 1906 und 5. 9. 1908. Dasselbe trifft auch bei Gefangenen, die Gefängnisstrafen zu verbüßen haben, zu. Nach Verbüßung ihrer Strafe werden die Gefangenen, soweit sie nicht wegen geistiger Störung zur Entlassung kommen können, den Landesanstalten überwiesen,

Digitized by Google

entsprechend ihrer Zugehörigkeit zu deren respektiven Aufnahmebezirken. Besondere Abteilungen hierfür bestehen, abgesehen von Winnental (Irrenanstalt), soweit uns bekannt, in keiner württembergischen staatlichen Anstalt. Eine der Filiale Hohenasperg entsprechende Abteilung für geisteskranke Frauen, während des Strafvollzugs, gibt es in Württemberg nicht. Von dem Gefangenenarzt auf Hohenasperg wird psychiatrische Ausbildung verlangt. Der jetzige Inhaber der Stelle war vorher Oberarzt und ist pro physicatu geprüft.«

2. b) Württemberg. (Auskunft der Irrenanstalt Winnental.)

»Männliche Strafgefangene werden, wenn sie während der Strafhaft an einer Geistesstörung erkranken, in die Irrenabteilung für Strafgefangene auf den Hohenasperg versetzt und dort behandelt. Läuft die Strafzeit ab, ehe der Strafgefangene wieder hergestellt ist, so wird er nach Entlassung aus der Strafanstalt in eine Landesirrenanstalt überführt. Besondere Bewahrungshäuser gibt es bei den Landesirrenanstalten nicht. Die Zahl der geisteskranken Verbrecher, die für die Unterbringung in einem solchen Haus in Betracht kämen, ist bei uns in Württemberg glücklicherweise noch so gering, daß ein besonderes Haus sich bisher nicht als notwendig erwiesen hat. An der hiesigen Anstalt haben wir eine sogenannte feste Abteilung, die sechs ausbruchsichere Einzelzimmer enthält, aber meist für Kranke benutzt wird, die nicht Verbrecher, sondern durch gewalttätiges und störendes Benehmen für die gemeinsame Unterbringung mit anderen Kranken nicht geeignet sind. Weibliche Strafgefangene, die geistig erkranken, werden, wenn die Behandlung in einer Irrenanstalt notwendig ist alsbald in eine Landesirrenanstalt aufgenommen, da eine besondere Irrenabteilung für diese Strafgefangenen nicht vorhanden ist.

Um eine pensionsberechtigte Stelle an einer unserer Landesirrenanstalten zu erhalten, ist Voraussetzung das Bestehen der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst (Kreisarztprüfung).«

3. Bayern. (Auskunft der Irrenanstalt Werneck.)

»In Bayern werden geisteskranke Strafgefangene in Adnexen der Zuchthäuser bzw. Gefangenenanstalten, sogen. psychiatrischen Abteilungen, die räumlich mit den Strafanstalten verbunden sind, für die Dauer des Strafvollzuges untergebracht. Nach Verbüßung der Strafe erfolgt ihre Überführung in die zuständige Heil- und Pflegeanstalt, Gabersee ausgenommen. Die Ärzte an den Adnexen der Strafanstalten sollen psychiatrisch vorgebildet sein.

Die Assistenzärzte der Heil- und Pflegeanstalten müssen die Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst (Physikat) erfolgreich abgelegt haben, wenn sie zu Oberärzten (früher Anstaltsärzte genannt) befördert werden wollen.«

Digitized by Google

4. a) Sachsen. (Auskunft der Irrenanstalt Sonnenstein.)

»Im Freistaat Sachsen gibt es keine »festen« Häuser für besonders gefährliche Geisteskranke in Heil- und Pflegeanstalten, sondern die für solche Kranke bestimmte Sonderanstalt ist Waldheim in Sachsen... Die Auslese für die nach Waldheim kommenden Kranken wird praktisch jetzt wohl in der Regel immer nach dem Gesichtspunkt der besonderen Gefährlichkeit der einzelnen Kranken getroffen, infolge deren diese Kranken in einer gewöhnlichen Heil- und Pflegeanstalt an der Verübung gefährlicher Handlungen nicht mit genügender Sicherheit verhindert werden können. Wie mir auf meine Anfrage im Justizministerium gestern gesagt wurde, kommen nach Waldheim auch alle im Strafvollzug geistig Erkrankten oder geistiger Krankheit verdächtig werdenden. Weibliche Personen dieser letzteren Kategorie kommen aber in eine der gewöhnlichen Heil- und Pflegeanstalten. — Was ihre zweite Frage betrifft, so ist zu bedenken, daß in den sächsischen Heil- und Pflegeanstalten die Anstaltsdirektoren zugleich Anstaltsbezirksärzte sind, welche natürlich, ebenso wie ihre Stellvertreter, die staatsärztliche Prüfung für Sachsen abgelegt haben müssen. Deshalb kann kein beamteter Anstaltsarzt in Sachsen auf Beförderung in die Stelle eines Direktors oder stellvertretenden Direktors rechnen, wenn er nicht vorher diese Prüfung gemacht hat.«

4. b) Sachsen. (Auskunft von Professor I... in Dresden.)

»1. Neben der Landesstrafanstalt Waldheim befindet sich die unter selbständiger ärztlicher Direktion stehende Landes-Heil- u. Pflegeanstalt für kriminelle, männliche Geisteskranke in Waldheim. Sie hat 250 Plätze. Anwesend 200 Kranke, Zugänge im letzten Jahre etwa 80 Kranke, Abgänge etwa 86, darunter 4 Todesfälle. Von der Strafanstalt ist die genannte Anstalt abgelöst, nur einige wirtschaftliche Verbindungen bestehen. Leichtere Kriminelle und die weiblichen Kriminellen kommen in die Heil- und Pflegeanstalten, wenn nötig auf die sogen. Abteilungen für Unruhige oder Überwachungsbedürftige.

2. Die Anstaltsärzte machen in der Regel das bezirksärztliche Fachexamen, rigoros wird das aber nicht gehandhabt. Für die Stellen des Direktors, bzw. des Stellvertreters, ist diese Prüfung vorgeschrieben. Deshalb pflegen die Anstaltsärzte das Examen abzulegen. Pensionsberechtigt sind auch die wenigen Ärzte, die das bezirksärztliche Staatsexamen nicht machen. Die Anstaltsärzte erhalten mit oder auch ohne die Prüfung die Dienstbezeichnung Reg.-Med.-Rat, später Ober-Reg.-Med.-Rat.«

In Sachsen haben wir also eine ideale Lösung der schwierigen Frage. Nicht nur alle während des Strafvollzugs geistig Erkrankten oder geistiger Krankheit verdächtig werdenden, sondern auch

Digitized by Google

die als besonders gemeingefährlich zu erachtenden Geisteskranken werden der Heil- und Pflegeanstalt für kriminelle, männliche Geisteskranke in Waldheim überwiesen. Was dem sächsischen Justizministerium möglich ist, sollte es nicht auch dem preußischen Justizministerium möglich sein? Für die preußischen Irrenanstalten wäre es ein großer Fortschritt. Die Umwandlung der bestehenden Bewahrungshäuser in Krankenpavillons wäre den Direktoren eine leichte und erwünschte Aufgabe. Sollte es nicht gelingen alles zu erreichen, so wäre auch schon die Einrichtung, die in den drei süddeutschen Ländern besteht, ein wesentlicher Fortschritt, wonach ein Abteil einer Strafanstalt unter der Bezeichnung, »psychiatrischer Abteil«, bestimmt ist zur Aufnahme der geisteskranken Verbrecher für die Dauer ihrer Strafhaft; von dem Gefängnisarzt muß dann psychiatrische Ausbildung verlangt werden. Da es sich um die sogenannten »schweren Jungen« handelt, deren Strafe oft viele Jahre beträgt, so wäre auch das ein wesentlicher Fortschritt. Das Bewahrungshaus müßte dann allerdings beibehalten werden, würde aber weniger beansprucht. Eine glückliche Lösung besteht in Sachsen; in Preußen ist man weitestens zurückgeblieben. Falls auch die preußischen Provinzial-Verwaltungen zu der Auffassung kommen, daß die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den Provinzial-Irrenanstalten eine schwere Belastung für die Anstalten, ihre Unterbringung in einem »psychiatrischen Abteil« der Strafanstalten, oder wenn möglich, in einer besonderen Heil- und Pflegeanstalt für kriminelle Geisteskranke und für gemeingefährliche Geisteskranke, wie in Sachsen, wünschenswert ist, so dürfte doch das Vorgehen einer einzelnen Provinz m. E. weniger Erfolg versprechen als ein gemeinsames Vorgehen aller preußischen Provinzen. Wenn auf der üblichen Konferenz der Herrn Landesdirektoren oder durch ein Rundschreiben die Frage zur Erörterung gebracht würde und zu einer gemeinsamen Beschlußfassung führte, so dürfte die Zustimmung des preußischen Ministeriums zu erwarten sein.

Für die preußischen Irrenanstalten würde es von großem Vorteil sein, wenn das Aufrücken der Assistenzärzte in eine pensionsberechtigte Stelle als Anstalts- oder Oberarzt abhängig gemacht würde von dem Bestehen der Kreisarztprüfung. Die jungen Assistenzärzte würden dadurch genötigt, nicht nur ihre ärztliche Ausbildung noch einmal zu überprüfen, sondern auch mit Psychiatrie, pathologischer Anatomie, gerichtlicher Medizin und Hygiene sich eingehender zu beschäftigen, als dies für das allgemeine Staatsexamen verlangt wird. Unter den Assistenzärzten werden sich immer auch solche finden, die den Anforderungen einer ärztlichen Praxis sich nicht gewachsen fühlen oder aus Bequemlichkeit die Laufbahn des Irrenarztes vorziehen. Sie ersitzen mit den Jahren die höheren Stellen, leisten mehr mechanisch ihren Dienst und

Digitized by Google

sind ein Hindernis für das Aufrücken der Tüchtigen und eine Last für die Anstalten. Nicht immer gelingt es sie rechtzeitig abzuschieben. Wird das Bestehen einer Kreisarztprüfung eingeschoben, als Bedingung für das Aufrücken in die höheren Stellen, so findet damit ein Durchsieben statt, und die allzuwenig Leistenden werden ausgeschaltet zum größten Vorteil der Anstalten. In den Ländern Württemberg, Bayern und Sachsen besteht bereits diese Einrichtung, ihre Einführung in Preußen wäre ein Fortschritt. Auch im Interesse der Assistenzärzte liegt es, sie zur Ablegung einer Prüfung pro physicatu zu veranlassen. Nicht bloß ihre Ausbildung wird dadurch gefördert, es ist ihnen dadurch außerdem die Möglichkeit eröffnet, wenn sie im Anstaltsdienst wegen Überfüllung eine pensionsberechtigte Stelle nicht erreichen, im Staatsdienst eine Anstellung als Kreisärzte zu erlangen. Mit dem Immergrößerwerden der Anstalten wächst die Anzahl der Assistenz- bzw. Anstaltsärzte weit rascher als die Anzahl der Anstalten, so daß die Aussicht es zu einer Direktorstelle zu bringen, immer kleiner wird, und für viele nur eine Oberarztstelle das Erreichbare ist. Das Offenhalten einer zweiten Karriere im unmittelbaren Staatsdienst liegt im Interesse der jungen Ärzte.

Nachtrag. Vor etwa 50 Jahren las ich in den Grünen Heften einen psychiatrischen Reisebericht über die englischen Irrenanstalten und über die Zentralanstalt Dartmoor für geisteskranke Verbrecher. Die Beschreibung von Dartmoor war etwas abschreckend und in diesen Tagen gehen durch die Zeitungen Berichte über eine große Revolte in dieser Anstalt, die nur mit Gewalt unterdrückt werden konnte, nachdem die Verbrecher ein Verwaltungsgebäude niedergebrannt hatten. Beunruhigt wandte ich mich um Auskunft nach der Anstalt Waldheim, ob auch dort ernstliche Mißstände beobachtet worden seien, erhielt aber die günstige Nachricht: »Sie würden, wie so viele sachverständige Besucher hiesiger Anstalt, erstaunt sein über die verhältnismäßig freie Bewegung, die wir unseren Kranken infolge einer um so stärkeren Außensicherung geben können. Der erste Eindruck hiesiger Anstalt in ihrem Innern ist sicher nicht der einer Detentionsanstalt. Von einem Zuchthausbetrieb ist gar keine Rede, der würde ja auch einer Heiltendenz im Sinne Milieuwechsels durchaus entgegen sein, wie ihn die vielen psychischen Haftreaktionen brauchen.« Die andersartige Kriminalität in England, die Neigung der dortigen Insassen zu Gewalttätigkeit und wohl auch die zweckmäßigeren Einrichtungen gestatten keinen Vergleich zwischen Dartmoor und Waldheim. Bei so günstigem Erfolg in Sachsen, dürfte es sich auch für die preußischen provinzialständischen Verwaltungen empfehlen, dem Vorgang in Sachsen nachzufolgen, die Provinzial-Irrenanstalten von dem ihnen eingeimpften Fremdkörper eines festen Hauses zu befreien und alle geisteskranken Verbrecher sowie die gewalttätigen Geisteskranken in größeren Heil- und Pflegeanstalten zu vereinigen. Sachsen hat dazu einen Vertrag mit Thüringen geschlossen, in Preußen könnten mehrere Provinzen zur Einrichtung einer gemeinsamen Anstalt ein Übereinkommen abschließen.

Digitized by Google

Über neuere Lokalisationsversuche des Bewußtseins im Gehirn.

Von

Nießl v. Mayendorf (Leipzig).

Das Streben, Erscheinungen, welche der Selbstbetrachtung als seelische Funktionen entgegentreten, als Effekte bestimmter Lebensäußerungen einzelner Hirnteile anzusprechen, reicht in die Anfänge unserer Erkenntnis von der Bedeutung des Gehirns für die Phänomenologie unseres Seelenlebens zurück. Der Anblick der verschiedenen Gestaltungen in der Organisation des Hirnbaues legte den Gedanken an einen notwendigen Zusammenhang zwischen der Form eines Hirnteils und der ihm eigentümlichen Leistung so nahe, daß sich gar bald eine morphologische Psychologie entwickelte, welche oberflächliches Denken um so mehr befriedigte, als ihre wunderliche Naivität einer kritischen Einsicht bedenklich erschien. Stets hat der seelesuchenden Hirnforschung als Ziel die Entdeckung jenes Hirnorgans vorgeschwebt, welches die Reizvorgänge der peripheren Sinnesorgane in Empfindungen, also das Objektive in das Subjektive umsetzt. In dem Gleichnis einer monarchischen Regierung befangen hat man für dieses Organ, unter dessen Herrschaft sich das gesamte Hirnleben abspielen sollte, einen unpaarigen Hirnteil in Anspruch genommen. Bereits Aristoteles unterschied sehr fein bei jeder Wahrnehmung das Wahrgenommene von dem Wahrnehmenden und verlegt den Ursprung des Bewußtwerdens einer Wahrnehmung in sein κοινὸν αἰσθητήριον, das Herz. Jene zentrale Triebmaschine, welche das Räderwerk des Gesamtorganismus in Gang setzt und seine Lebensvorgänge unterhält, bringt die Sinnesreize zum Bewußtsein. Wer mochte der Argumentation des Stagiriten widerstehen, der sich darauf berief, daß das dem Einfluß des Herzens durch Blutsperre entzogene Gehirn unfähig sei, ein Bewußtsein zu vermitteln?

So viel man die aristotelische Unkenntnis der tierischen inneren Organisation, welche leitende Verbindungsröhren des Herzens zu allen Sinnesorganen behauptete, auch belächeln mag, die Konzeption des griechischen Philosophen von einem Bewußtseinsorgan im tierischen Körper, von welchem alles Leben ab-

Digitized by Google

hängt, ist weit tiefer erdacht und überzeugender begründet als die kartesianische Lehre von der überragenden Bedeutung des unwesentlichsten Gebildes im Gehirn, der sandführenden Zirbeldrüse.

Die physiologischen Vorgänge bei den Sinneswahrnehmungen erlebt nur der Gehirnträger als Empfindungen, aber diese Verschiedenheit des Standpunktes, von welchem dieselben Hirnprozesse gleichsam betrachtet werden, dem objektiven und dem subjektiven, kann unmöglich aus einer Verschiedenheit zweier voneinander örtlich getrennter Hirnteile erklärt werden, da eine Sinneserregung, ohne daß eine Individualität sich ihrer bemächtigt, niemals zur Sinnesempfindung werden kann. Der in sich abgeschlossene Organismus, die Individualität in ihrer Totalität schafft das Selbstbewußtsein durch die Lebenserfahrungen, indem es sich zu immer größerer Klarheit fortschreitend entwickelt. Das objektive Geschehen wird zum subjektiven Erleben nur durch und für ein Individuum, niemals aber als Funktion eines bestimmten Hirnteils.

Gleichwie es a priori einleuchtet, daß jeder Lokalisationsversuch des subjektiven Charakters einer Sinneserregung, welche sich dem Gehirnträger als Sinnesempfindung darstellt, absurd wäre, muß auch das Bewußtsein, als ein Produkt der Entwicklung des ganzen Organismus, als eine in den Geweben desselben wirkende, nicht aber von einer umschriebenen Hirnlokalität produzierte Energie vorgestellt werden.

Wenn ungeachtet dessen der auf dem diesjährigen internationalen Kongreß der Nervenärzte in Bern gehaltene Vortrag des Prager Neurologen *Haškovec* »A propos de la question de la localisation de la conscience centrale« berechtigtes Aufsehen erregte, so geschah es nicht deshalb, weil dieser illustre Forscher sich scheinbar vermaß, über die Grenzen des Naturerkennens hinausgehend, ein Welträtsel *Dubois-Reymonds* zu lösen, sondern weil er auf eine Hirnstelle hinwies, deren Erkrankung oder Verletzung zu Störungen des Bewußtseins Anlaß gibt. Wir erkennen das Verdienst und die Bedeutung dieses Hinweises voll und ganz an, dessen Priorität, was wir hier hervorheben, *Haškovec* zukommt, welcher bereits 1900 auf einem internationalen Kongreß in Paris seine These von dem Sitz eines zentralen Bewußtseins im Gehirn vorgetragen hat. Später hat man in Deutschland durch Funde bei der Encephalitis lethargica und bei anderen Herderkrankungen des Zwischenhirns kausale Beziehungen zwischen den Läsionen des Subkortex und der im klinischen Bilde hervorgetretenen Bewußtseinsstörungen annehmen zu müssen geglaubt.

Das Hirngebiet, um welches es sich hier handelt, sind die

Digitized by Google

medialen Kerngruppen des Zwischenhirns, welche in den medialen Wänden des dritten Ventrikels eingelagert sind. Von dem Hintergrunde einer diffusen Aussaat kleiner Zellkörper heben sich als kompakte Gruppen der Kern von *Malone* (nach *Foix* und *Nicolesco* noyau periventriculaire juxtatrigonal), der ventrale Kern des Tuber cinereum (N. ventr. du Tuber), über dem Chiasma und dem Tractus opticus der Nucleus supraopticus (Noyau de la bandelette optique) sowie nach oben und innen von dem letzteren der Nucleus accessorius supraopticus (noyau supraoptique accessoire) deutlich ab. Diese Zellformationen, welche in die einander gegenüberliegenden Ventrikelwände eingelagert sind, scheinen mit in sagittaler und frontaler Richtung verlaufenden Markbündeln, welche *Schütz* bei Paralytikern untersucht hat, und welche nach ihm auch *Schütz*sche Bündel genannt werden, in Verbindung zu treten. Man hat diese Hirnregion auf vage Analogien gestützt, recht willkürlich als vegetative Zentren angesprochen, insofern in ihnen die Kerngebiete für die zentrale Innervation der lebenswichtigen Organe zu suchen wären. *L. R. Müller* bezeichnet in seinem, nun in dritter Auflage erschienenen Werk »Lebensnerven« die erwähnten Kerngruppen als die Zentralorgane derselben. Von größter Bedeutung erscheinen die noch unveröffentlichten Experimentaluntersuchungen des Berner Physiologen *Heß* an Katzen, bei welchen derselbe durch Einstich und elektrische Reizung der grauen Substanz des dritten Ventrikels einen sofort eintretenden Schlafzustand erzeugen konnte. Die Vorführung derselben im Film geschah anläßlich der oben erwähnten internationalen Zusammenkunft vor dichtgedrängtem Auditorium. Die plötzliche Reizwirkung mittels des elektrischen Stromes ist nur als arterieller Gefäßkrampf erklärbar, welcher durch Erregung der zerebralen Endstation des parasympathischen Nervenflechtes ausgelöst wird. In welcher Weise diese konstringierende Wirkung auf die Großhirnarterien ausgeübt wird, ob unmittelbar durch einen besonderen Abschnitt des Parasympathikus oder über den Magen, läßt sich naturgemäß auch nicht einmal vermuten. Wesentlich erscheint uns jedoch die Tatsache, daß es sich nicht um Aufhebung eines in das Höhlengrau des dritten Ventrikels lokalisierbaren »zentralen Bewußtseins« handeln kann, sondern daß auch bei dieser Sachlage die kortikalen Sinnessphären nichts von der ihnen seit jeher zugeschriebenen Bedeutung für das Bewußtsein verlieren. Im Gegenteil wirkt der elektrische Reiz bei den angeführten Experimenten als ein die Funktion auslösender stimulus, wie wir dies von den Versuchen an der vorderen Zentralwindung her kennen, deren Rinde bei ihrer elektrischen Erregung die spontanen Impulse der willkürlichen Bewegung nach-

Digitized by Google

ahmt. Wir würden daher, falls ein zentrales Bewußtsein seinen Sitz im Höhlengrau des dritten Ventrikels hätte, bei lokalisierter Erregung desselben einen psychischen Erregungszustand zu erwarten haben, also gerade das Gegenteil von dem, was sich uns an den Katzen von *Heß* darbot. Die schönen Experimente erbrachten ferner eine überzeugende Bestätigung der Annahme, daß der Schlafzustand, die Bewußtseinshemmung, von einer aktiven Leistung des Nervensystems unterhalten wird. Daß aber durch den elektrischen Reiz die Großhirnfunktionen blitzartig zum Verschwinden gebracht werden können, vermag kaum anders als durch den plötzlichen Eintritt eines Krampfzustandes der Großhirngefäße erklärt werden.

Was durch die kunstgerechte Versuchsanordnung des physiologischen Experiments einwandfrei bewiesen wird, begegnen wir wieder in der Symptomatologie der Herderkrankungen der vorerwähnten Gegend, d. h. ihre Erkrankung kann mit Bewußtseinsstörungen einhergehen, auch wenn die Großhirnrinde nach dem vorliegenden Symptomenbilde als intakt anzusprechen ist oder nach dem Tode auch wirklich normal bei der Autopsie angetroffen wird. Wie so oft, so kann auch hier von der lädierten Örtlichkeit nicht ohne weiteres ein zwingender Schluß auf ihre Bedeutung als Sitz der gestörten oder ausgefallenen Funktion gezogen werden. Der Hirnbau ist ein Mechanismus, in welchem eine Verbindung hundert Verbindungen schlägt und die Lokalisierbarkeit einer vulnerabeln Stelle noch keineswegs als identisch mit der Lokalisierbarkeit der Funktion selbst angesehen und mit dieser verwechselt werden darf.

Um die Unabhängigkeit der Rindenfunktion von dem »zentralen Bewußtsein« zu beweisen, erinnert *Haškovec* an epileptische und hysterische Dämmerzustände, in denen das zentrale Bewußtsein ausgeschaltet sei, während die Hirnrinde noch funktioniere. Diese Annahme erscheint uns jedoch schwer verträglich mit den Beobachtungen, welche wir an Epileptikern während des Anfalls gemacht haben, deren Schädel durch Trepanation geöffnet und gelüftet, die Möglichkeit einer unmittelbaren Inspektion darbietet. Hier sehen wir, sobald der Krampfzustand eintritt und solange er währt, ein Einsinken der Hemisphärenwölbung, welche eine Blutleere des Großhirns anzeigt. Über den Zustand des Ventrikelgraues während des Krampfanfalles oder des Dämmerzustandes sind wir nicht unterrichtet. Es wäre der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, daß gewisse im Kammerwasser aufgelöste chemische Substanzen, welche, da dasselbe mit den Ganglien der Ventrikelwände in unmittelbaren Kontakt tritt, wie der elektrische Strom Reizeffekte auf die zerebralen Endstationen des Gefäßnervengeflechtes auszuüben

Digitized by Google

vermag und auf diese Weise den arteriellen Gefäßkrampf der Hirnrinde herbeiführt. Das Zurückbleiben gewisser kortikaler Automatismen ist leicht verständlich, wenn man die bereits dem groben Präparator in die Augen springende Differenz der Rindenstruktur des Allo- und des Isokortex in Betracht zieht. Die gröbere Gestaltung des ersteren läßt auch eine größere Resistenz gegen Schädlichkeiten, insbesondere Ernährungsstörungen vermuten und erklärt ein isoliertes Funktionieren umschriebener Rindenbezirke.

Daß ein Selbstbewußtsein ohne Vorderhirn möglich sei, kann aus den zweckmäßigen Bewegungen der niederen Tiere, welchen jedes Nervensystem fehlt, mit Recht geschlossen werden. Die Frage ist nur die, ob wir ein Recht haben, die Fähigkeit eines Organismus zweckmäßig zu reagieren, als Bewußtsein zu bezeichnen, denn dieses müßte von dem unsrigen jedenfalls so weit entfernt sein, daß wir uns davon keine Vorstellung machen könnten. Aber auch selbst der primitivste Reflexapparat knüpft an Empfindungen, zum mindesten des taktilen Sinnes an. Ein Bewußtsein ohne Sinneswahrnehmungen ist schlechtweg undenkbar. Zu jeder Reaktion auf einen äußeren Reiz ist die Empfindung unerläßlichste Voraussetzung. Gäbe es aber ein zentrales Bewußtsein, unabhängig von unseren Sinneseindrücken, als Spezialfunktion gewisser Ganglien, welchen direkt leitende Verbindungen mit den Sinnesorganen fehlen, dann müßte sich diese auch unabhängig von unserem Sinnenleben geltend machen können. Die Tatsache eines Bewußtseins ohne Großhirn spricht nicht dafür, daß neben dem zerebralen Zentralorgan unserer Sinne im Gehirn noch ein besonderes Organ für das Bewußtsein existiere, denn ein Zentralorgan wenigstens eines Sinnes muß jedes mit Bewußtsein begabte Lebewesen besitzen. Nur dem vollkommen nervenlosen Protoplasma, welches reaktiv seine Gestalt verändert, dürfen wir Bewußtsein absprechen.

Jedoch ist *Haškovec* darin zuzustimmen, daß die Sinnesorgane, respektive ihre kortikalen Repräsentanten im Gehirn an sich kein Bewußtsein produzieren können, sie müssen organisch in einer in sich geschlossenen, entwicklungsfähigen Individualität eingefügt sein. Das Bewußtwerden der Sinneseindrücke kann jedoch unmöglich von einer Ganglienzellengruppe im Gehirn abhängen, sondern ausschließlich von der gesamten Individualität des Hirnträgers. In dieser lebt, wie *Haškovec* dies so schön ausdrückt, die äußere Welt, und da diese nur den durch das Einzeldasein zu höchster Entwicklung und Spezialisierung erweiterten Keim darstellt, sind in dem ganzen Nervensystem des Einzelorganismus Eigentümlichkeiten der Reaktionsfähigkeit hereditär vorgebildet. Ob bei den Geistes-

Digitized by Google

krankheiten die Funktionsfähigkeit der Großhirnrinde ungestört bleibt, während nur das Höhlengrau des dritten Ventrikels erkrankt, ist sicher noch nicht als eine durch die Ergebnisse der pathologisch-anatomischen Untersuchungen gelöste Frage zu betrachten, so daß wir diese Annahme als Argument für die Existenz eines zentralen Bewußtseins verwenden könnten.

Immerhin gebührt *Haškovec* das große Verdienst, bereits 1900 auf jene wichtige Hirnregion aufmerksam gemacht zu haben, von welcher durch entsprechende Reize das Bewußtsein ausgeschaltet werden kann.

Digitized by Google

Aus der Staatlichen Frauenklinik Dresden (Direktor Prof. Dr. *Warnekros*).

Über Wesen und Wirken der weiblichen Genitalhormone. [1])

Von

Prof. Dr. **Gaessler.**

Wohl kaum hat eine medizinische Disziplin in so kurzer Zeit eine raschere Bereicherung fundamentalwichtiger Erkenntnisse erfahren wie die Endokrinologie der letzten Jahre. Fast ist es auch demjenigen, der im eigenen gynäkologischen Fach mit gebotenem Interesse die sich überstürzenden Veröffentlichungen verfolgt, unmöglich, die Fülle der Beobachtungen kritisch aufzunehmen. Vollends wird der dem gynäkologischen Fachgebiet Fernerstehende Mühe haben, die Hochflut der Literatur zur Hormonfrage mit Gewinn zu sichten. So mag denn eine übersichtliche Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse geeignet sein, die neue Hormonlehre des weiblichen Genitalsystems auch anderen Fachgebieten zugänglich zu machen und eine sinngemäße Anwendung anzuregen.

Die zurzeit bekannten Hormone der weiblichen Genitalsphäre teilen sich ein in solche des Hypophysenvorderlappens (H.V.) und solche des Ovars. Zu ihnen gesellt sich merkwürdigerweise auch das männliche Sexualhormon, dessen Ort der Entstehung im weiblichen Körper nicht mit Sicherheit ermittelt ist. Hypophyse wie Ovar enthalten mehrere in ihrer Einzelfunktion unterschiedliche jedoch genau definierbare Hormone. Die derzeit bekannten und erforschten Hormone sind der Übersichtlichkeit halber in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt; die verschiedenen in der Literatur aufgeführten Bezeichnungen der einzelnen Hormone sind jeweils in Klammern beigefügt.

Tabelle 1.

Zur Zeit bekannte Hormone der weiblichen Sexualsphäre.

I. Die Hypophysenvorderlappenhormone.

a) Das Follikelreifungshormon.

[1]) Nach einem in der Vereinigung Dresdener Neurologen am 18. XII. 1931 gehaltenen Vortrag.

Digitized by Google

(Hypophysenvorderlappenhormon A, Prolan A, Horpan A, Präphysin, Prähormon.)

b) Das Luteinisierungshormon.
(Hypophysenvorderlappenhormon B, Prolan B, Horpan B.)

c) Das Stoffwechselhormon.

d) Das Wachstumshormon.

II. Die Hormone des Ovars.

a) Das Follikelhormon.
(Thelykinin, Brunsthormon, Feminin, Fontanon, Follikulin, Menformon, Oestrin, Ovarialhormon, Progynon, Proliferationshormon, Theelin, Zyklushormon, Unden.)

b) Das Hormon des gelben Körpers.
(Lutin, Luteohormon, Luteoglandol, Progestin.)

III. Das männliche Sexualhormon.
(Androkinin.)

Gleichzeitig soll hier eine Zusammenstellung aufgeführt werden, die die wesentlichsten chemischen Eigenschaften der Hormone darstellt.

Tabelle 2.

Chemische Eigenschaften der Hormone.

	Hypophysenvorderlappen-Hormone				Follikelhormon	gelb. Körperhormon	männl. Sex.-Hormon
	A	B	Stoffw.-hormon	Wachstumh.			
Formel	—	—	—	—	$C_{18}H_{22}O_2$		$C_{16}H_{26}O_2$
Kristallform	Pulver	Pulver	Pulver	—	krist.	?	krist.
Thermostabilität	gering	gering	gering	—	groß	gering	groß
Löslichkeit in organ. Lösungsmitteln (Äther, Benzol usw.)	keine	keine	keine	—	leicht	leicht	leicht
Löslichkeit in Wasser	leicht	leicht	leicht	—	schwer	keine	gering
Empfindlichkeit gegen Säure und Alkali	groß	groß	groß	—	keine	gegen Säure gering jedoch Alkaliempfindlich	gering
Dialyse	leicht	leicht	leicht	nicht	leicht	?	?
Schmelzpunkt	—	—	—	—	243—245	—	—

Da die chemische Analyse eine rationelle Feststellung der Hormone nicht gewährleistet, sind für die einzelnen Hormone

Digitized by Google

schnell ablaufende biologische Reaktionen (Teste) ausgearbeitet worden, die heutzutage das grundlegende Rüstzeug der Hormon-Laboratorien darstellen. Die Teste geben nicht nur die Möglichkeit zu qualitativem Nachweis, sondern auch, was besonders wichtig ist, zu quantitativer Auswertung (Titration). Für die einzelnen Hormone sind folgende Teste aufgestellt worden:

Teste der Einzelhormone.

1. Der *Allen-Doisy*-Test zum Nachweis des Follikelhormons im Ovar.

Versuchstier: Ausgewachsene operativ kastrierte weibliche weiße Maus.

Grundlage des Testes: Verwertet wird die Tatsache, daß der zyklische Ablauf der Ovarialfunktion beim Nagetier ebenso zyklische, jeweils charakteristische Veränderungen an der Scheidenschleimhaut hinterläßt. Diese zyklische Umwandlung läßt sich leicht bei mikroskopischer Durchsicht von Abstrichen des Vaginalsekretes nachweisen. Der Zyklus, dessen typische mikroskopische Bilder die Abbildungen 1, a—d zeigen, wiederholt sich bei der weißen Maus etwa alle 6 Tage. Auf der Höhe der Follikeltätigkeit des Ovars (Oestrus-Brunst) wird ein besonders auffälliges Sekret das Schollenstadium in der Scheide erzeugt (Abbildung 1, c), welches *Allen-Doisy* zur Grundlage ihres Testes gemacht haben.

Technik: Die zu untersuchende Substanz (Gewebsstücke) werden in die Muskulatur der Oberschenkel-Innenseite implantiert. Zu untersuchende Extrakte oder Flüssigkeiten werden subkutan in die Bauchhaut injiziert. Das Scheidensekret wird täglich mikroskopisch untersucht.

Die Auslösung des Oestrus am Ovar beraubten Tier innerhalb 100 Stunden gilt als positive Reaktion.

Mengenbestimmung (Titration): Eine Mäuseeinheit (M.E.) ist diejenige Menge der zu untersuchenden Substanz, die bei sechsmaliger Injektion innerhalb 48 Stunden, nach 80 Stunden bei 75% der Tiere das reine Schollenstadium ergibt (*Zondek*).

2. Der *Allen-Corner*-Test zum Nachweis des Hormons des gelben Körpers.

Versuchstier: Entweder das infantile Kaninchen oder das ausgewachsene operativ kastrierte Kaninchen, bei dem durch Vorbehandlung mit Follikelhormon am Endometrium des Uterus die proliferative Phase erzeugt worden ist.

Grundlage des Testes: Unter dem Einfluß des gelben Körpers wird die proliferierte Schleimhaut, die unter vorausgegangener Einwirkung von Follikelhormon entstanden ist, in die prä-

Digitized by Google

gravide Phase umgewandelt, was histologisch absolut typische Schleimhautbilder ergibt (Abbildung 2, a—c).

Der Test gilt als positiv, wenn innerhalb 100 Stunden die prägravide Phase (Abbildung 2, c) erzeugt worden ist.

Technik: Subkutane Injektion der zu untersuchenden Substanz, Tötung des Tiers nach 100 Stunden, histologische Verarbeitung.

Mengenbestimmung (Titration): Eine Kaninchen-Einhalt (K. E.) ist diejenige Menge der zu untersuchenden Substanz, die innerhalb 100 Stunden die Proliferationsphase des Endometriums in die prägravide Phase umzuwandeln vermag.

Die Durchführung dieses Testes ist hauptsächlich in quantitativer Hinsicht ziemlich schwierig, weshalb Mengenbestimmungen über Corpusluteumhormon sehr wenig vorliegen.

3. Der *Aschheim-Zondek*-Test zum Nachweis der Hypophysenvorderlappenhormone (Follikelreifungshormon und Luteinisierungshormon) und der menschlichen Schwangerschaft.

Versuchstier: infantile weibliche weiße Maus.

Grundlage des Testes: Die Hypophysenvorderlappenhormone bringen den Follikelapparat des noch ruhenden infantilen Ovars in Gang. Sie erzeugen Follikelreifung, Ovulation und Luteinisierung. *Aschheim* und *Zondek* konnten nachweisen, daß Follikelreifung, Ovulation und Brunstauslösung dem Follikelreifungshormon zukommt, während die der Follikelreifung folgende Luteinisierung und die Bildung der Corpora lutea auf das Luteinisierungshormon zurückzuführen ist. Bei künstlicher Zufuhr von Hypophysenvorderlappenhormonen kommt es zu überstürzter Follikelentwicklung, was in der unter dem Einfluß des Luteinisierungshormons stehenden zweiten Phase zu eigenartigen Corpusluteum-Bildungen führt. Diese vaskularisierten Corpora lutea enthalten oft noch das Ovulum (Corpora lutea atretica).

Gelingt es durch Zufuhr einer zu untersuchenden Substanz am infantilen Mäuseovar Follikelreifung, Ovulation und Brunstauslösung (positiver *Allen-Doisy*-Test = Schollenstadium im Scheidenabstrich) zu erzeugen, so enthält diese Substanz mit Sicherheit Follikelreifungshormon. Die ausgelöste Reaktion bezeichnen *Aschheim* und *Zondek* als Hypophysenvorderlappen-Reaktion I (H.V.R. I).

Erhält man nach Einverleibung einer zu untersuchenden Substanz am infantilen Mäuseovar Luteinisierung und Corpora lutea atretica, so enthält diese Substanz mit Sicherheit Luteinisierungshormon, die ausgelöste Reaktion heißt Hypophysenvorderlappen-Reaktion III (H.V.R. III).

Am Ovar der infantilen Maus beobachtet man nach Verabreichung von Hypophysenvorderlappenhormonen fast regelmäßig

Digitized by Google

eine Zwischenreaktion zwischen H.V.R. I und H.V.R. III. Diese als Hypophysenvorderlappen-Reaktion II bezeichnete Erscheinung ist durch Auftreten von Massenblutungen in die vergrößerten Follikel, sogenannte Blutpunkte, gekennzeichnet.

Auftreten von Blutpunkten, also sogen. positive H.V.R. II, beweist Vorhandensein von Hypophysenvorderlappenhormonen, wobei bis jetzt nicht feststeht, ob auch das Follikelreifungshormon oder nur das Luteinisierungshormon oder ein bestimmtes Mengenverhältnis zwischen beiden Hormonen diese auslöst. Am kastrierten Tier sind die Hypophysenvorderlappenreaktionen nicht auszulösen.

Der *Aschheim-Zondek*-Test ist erfüllt, wenn die Reaktionen (H.V.R. I—III) in 100 Stunden nach Verabreichung des zu untersuchenden Stoffes (innerhalb 36 Stunden in 6 Portionen injiziert) eintreten.

Technik: Subkutane Injektionen. Makroskopische und mikroskopische Besichtigung der Ovarien nach Tötung der Tiere.

Mengenbestimmung (Titration): Eine Mäuseeinheit (M.E.) ist diejenige geringste Menge einer zu untersuchenden Substanz, welche die Hypophysenvorderlappenreaktionen I—III am infantilen Ovar erzeugt.

Eine besondere Bedeutung hat sich der *Aschheim-Zondek*-Test dadurch erworben, daß er die Grundlage abgegeben hat für eine ideale Frühschwangerschaftsreaktion. Die von *Aschheim* und *Zondek* entdeckte Tatsache, daß die schwangere Frau sehr bald nach der Konzeption die Hypophysenlappenhormone in ungeheurer Menge im Harn ausscheidet, haben diese Forscher in genialer Weise zum Ausbau der Schwangerschaftsreaktion verwertet.

Die Erzeugung der Hypophysenvorderlappenreaktion II und III an der infantilen Maus mit dem Harn einer geschlechtsreifen Frau ist ein sicheres Zeichen der Schwangerschaft.

4. Der *Anselmino-Hofmann*-Test: zum Nachweis des Fettstoffwechselhormons des Hypophysenvorderlappens.

Versuchstier: Männliche Ratte von 150 g Gewicht.

Grundlage des Testes: *Anselmino* und *Hofmann* ist der Nachweis gelungen, daß im Hypophysenvorderlappen ein den Fettstoffwechsel beeinflussendes Hormon erzeugt wird. Das Hormon erhöht den Spiegel der Acetonkörper im Blute, ist in der Lage den Ruhegrundumsatz zu drücken und die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung zu steigern.

Technik: Subkutane Injektion. Bestimmung der Blutacetonkörper nach *Engfeld*.

Mengenbestimmung: Eine Ratteneinheit (R.E.) ist diejenige geringste Menge Substanz, welche den Gehalt an Acetonkörpern

Digitized by Google

(nach Acetessigsäure gerechnet) im Blute erwachsener männlicher Ratten von 150 g Gewicht 2 Stunden nach der Injektion auf 10 mg erhöht.

5. Test für das Wachstumshormon des Hypophysenvorderlappens.

Ein Test für dieses Hormon ist noch nicht gefunden. Bekannt ist lediglich, daß *Evans* und *Simpson* nach Verabreichung dieses Hormones bei Ratten Riesenwachstum erzeugt haben.

6. Der Hahnenkamm-Test (*Pézard-Löwe-Voß*) zum Nachweis des männlichen Sexualhormons.

Versuchstier: Ausgewachsener Leghorn-Kapaun (operativ kastriert).

Grundlage des Testes: Nach Kastration tritt beim Kapaun eine beträchtliche Volumenabnahme (Fläche und Dicke!) des Hahnenkammes ein. Männliches Sexualhormon bringt den Hahnenkamm zu erneutem Wachstum.

Technik: Subkutane Injektion der durch 8 geteilten Menge der zu untersuchenden Substanz an 4 aufeinander folgenden Tagen morgens und abends $^1/_8$ Menge. 12 Stunden nach der letzten Injektion wird das Wachstum des Hahnenkammes geprüft, am besten Gipsabguß und Auswiegen des Negatives mit geglühtem Seesand (*Becker*). Eine 15prozentige Volumenzunahme gilt als positive Reaktion. 14 Tage nach Ausführung des Versuchs muß der Kamm seine alte Form wieder erreicht haben.

Mengenbestimmung (Titration): Eine Hahnenkamm-Einheit (H. E.) ist diejenige geringste Menge Substanz, die 12 Stunden nach der oben angedeuteten Injektion 15prozentiges Kammwachstum ergibt.

Die Einheit ist quantitativ sehr groß, weshalb noch einige andere Teste angegeben worden sind, so der zytologische Regenerationstest, der bei der kastrierten Maus die zytologische Klassifizierung der Epithelien der Vesikulardrüsen verwertet. Ferner der Mitogenesetest, der die Vesikulardrüsenreaktion auf Grund der Zählung von Mitosen anwendet.

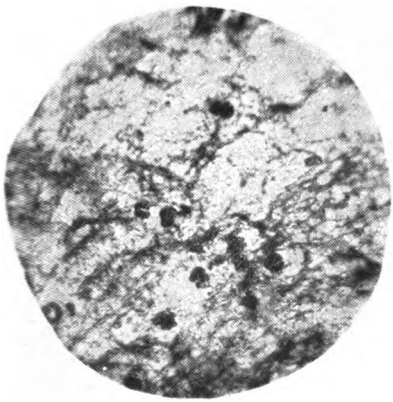
Vorkommen und biologische Wirkung der einzelnen Hormone.

Die Hypophysenvorderlappenhormone.

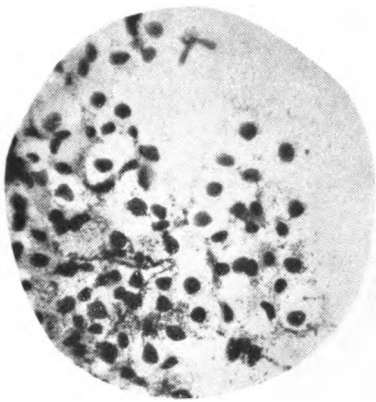
a) Das Follikelreifungshormon und das Luteinisierungshormon.

Die Kenntnis dieser Hormone verdanken wir *Aschheim* und *Zondek*, die in bahnbrechender Weise nicht nur deren Existenz, sondern auch deren wesentliche Eigenschaften und Funktionen erforscht haben. Über das Vorkommen der Hypophysenvorderlappenhormone unterrichtet die nachfolgende Tabelle:

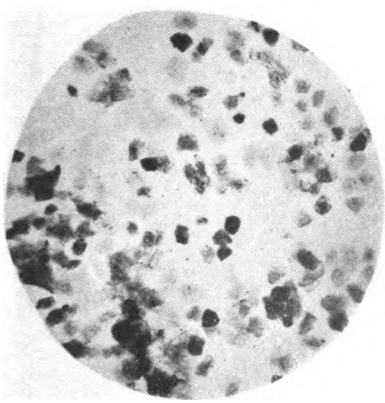
Digitized by Google



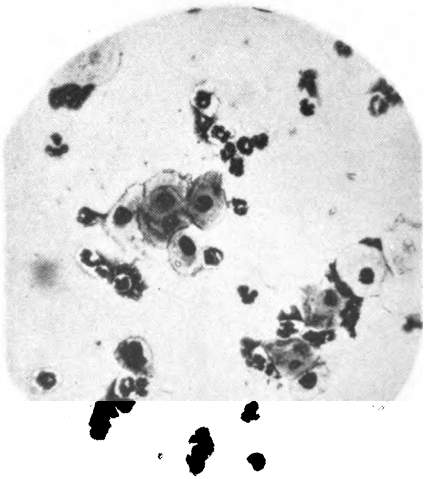
a



b



c



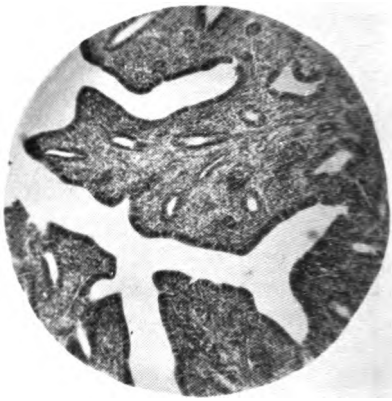
d

Abb. 1. Scheidenabstriche aus dem Cyclus der Maus. a) Dioestrus=Ruhestadium: Schleim, Leucocyten, Epithelien. b) Prooestrus=Proliferationsphase: Epithelien. c) Oestrus=Brunst: Schollen (Allen-Doisy-Test). d) Metoestrus=Abbauphase: Leucocyten, Epithelien, Schollen. Dauer des Cyclus ca. 6 Tage.

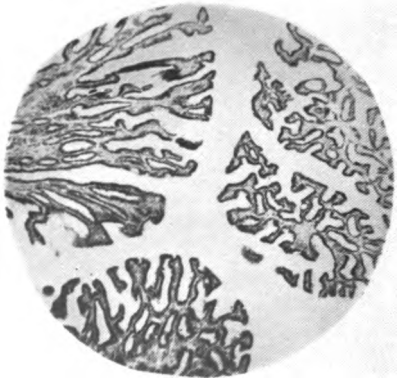
Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 97, Tafel I.
Zu „Gaessler, Über Wesen und Wirken der weiblichen Genitalhormone".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Digitized by Google

a



b



c

Abb. 2. Allen-Corner-Test. Versuchstier: infantiles Kaninchen. a) infantiler Uterus (Kontrolltier). b) Proliferationsphase am infantilen Uterus durch Behandlung mit Follikelhormon erzeugt. c) Prägravide Phase, erzeugt am Uterus des mit Follikelhormon vorbehandelten Kaninchens.

Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie Band 97, Tafel II.
Gaessler, Über Wesen und Wirken der weiblichen Genitalhormone".
Verlag von Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10.

Digitized by Google

Tabelle:

Hypophysenvorderlappenhormone.

Vorkommen	Follikelreifungshormon (Mäuse-Einheiten pro 1 kg)	Luteinisierungshormon (Mäuse-Einheiten pro 1 kg)	Stoffw. Hormon	Wachstumshormon
Hypophysenvorderlappen				
Mann	54700	44000	vorhanden	—
Frau	216000	58000	„	—
menschlicher Foet	vorhanden	vorhanden	—	—
schwangere Frau	negativ!	negativ!	—	—
Plazenta	10000	10000	—	vorhanden
Schwangerenblut Frau	15000	10000	—	—
„ Pferd	2000	1000	—	—
Eklampsie-Liquor	vorhanden	negativ	—	—
Schwangerenharn Frau	20000	10000	—	—
Harn bei				
Blasenmole	400000	400000	—	—
Chorionepitheliom	400000	400000	—	—
Hodentumoren	30000	30000	—	—
Kastration Weib	150	negativ	—	—
Genital-Carcinom	150	negativ	—	—
Klimakterium	150	negativ	—	—

Als Ergebnis der *Aschheim-Zondek*schen Forschungen ist heute allgemein anerkannt: der Hypophysenvorderlappen ist der Motor der Ovarialfunktion. Foetaler, klimakterischer und männlicher Hypophysenvorderlappen lösen Ovarialwirkung aus. Die Hormone des Hypophysenvorderlappens gelten deshalb als übergeordnete allgemeine und geschlechtsunspezifische Hormone. Da das Ovar das Erfolgsorgan für die Hypophysenvorderlappenhormone darstellt, so ist experimentell am kastrierten Tier eine Hypophysenwirkung nicht auszulösen. Die Hormone des Hypophysenvorderlappens sind während des ganzen Lebens nachzuweisen. Lediglich in der menschlichen Schwangerschaftshypophyse werden nur geringe Spuren von Hormonen gefunden. Auch die Abgrenzung der Funktionsbereiche der beiden sich chemisch sehr nahestehenden Hormone (Follikelreifungshormon und Luteinisierungshormon) konnten *Aschheim* und *Zondek* genau durchführen. Nach ihnen wirkt das Follikelreifungshormon auf den follikulären Apparat im Ovar im Sinne einer Anregung zur Follikelreifung zur Ovulation und Brunstauslösung. Danach wird es funktionell abgelöst durch das Luteinisierungshormon, das die Luteinisierung der geplatzten Follikel, die Bildung der Corpora lutea beherrscht. Beide Hypophysenvorderlappenhormone bewirken sekundär die entspre-

Digitized by Google

chenden Ovarhormone (Follikelhormon und Corpus-luteum-Hormon). Dabei ist merkwürdig, daß das Follikelreifungshormon während des ganzen mensuellen Zyklus kontinuierlich gebildet wird, wogegen das Luteinisierungshormon erst nach dem Follikelsprung auftritt.

Im Harn scheidet die normale Frau höchstens 3 Mäuseeinheiten Follikelreifungshormon und nur minimalste Spuren Luteinisierungshormon aus. Dies ändert sich schlagartig, sobald eine Schwangerschaft eintritt. *Aschheim* und *Zondek* haben gezeigt, daß mit der Einnistung des befruchteten Eies der Organismus

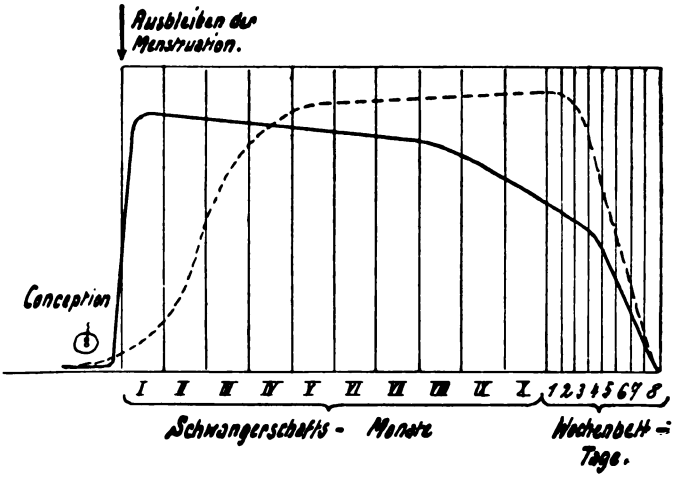


Abbildung 3.

Ausscheidung der Hypophysenvorderlappenhormone und des Follikelhormons in der Schwangerschaft und im Wochenbett. (Nach Zondek).

Hypophysenvorderlappenhormone ————
Follikelhormon ..... — — —

der Frau explosionsartig mit Riesenmengen von Follikelreifungshormon und Luteinisierungshormon überschüttet wird (Abbildung 3), die offenbar in der Plazenta gebildet werden. Gleichzeitig enthält aber der Hypophysenvorderlappen nur Spuren dieser Hormone! Der Organismus der Frau sucht sich dieser Hormonüberschwemmung durch Ausscheidung besonders im Harn zu erwehren. Dieser Vorgang ist zur Grundlage der hormonalen Schwangerschaftsdiagnose von *Aschheim* und *Zondek* gemacht worden. Der Schwangerenharn dient auch als Ausgangsmaterial zur technischen Gewinnung der Hypophysenvorderlappenhormone. Es muß weiter festgehalten werden, daß Blasenmole, Chorinepitheliom und maligne Hodentumoren offensichtlich besonders

Digitized by Google

große Mengen von Follikelreifungs- und Luteinisierungshormon erzeugen, denn auch im Harn derartiger Geschwulstträger werden Hormonmengen gefunden, die sogar diejenigen der Schwangerschaft an Menge ums zirka 20fache übertreffen. Hieraus läßt sich die Möglichkeit herleiten, das Vorhandensein und Rezidivieren derartiger Tumoren allein aus der Hormonbestimmung im Harn festzustellen. Bei den übrigen Genitaltumoren wird im Harn lediglich Follikelreifungshormon nie aber Luteinisierungshormon festgestellt. Nach Zondek haben 80% aller Genitalkarzinome und 25% aller benignen Genitaltumoren Follikelreifungshormon im Urin. Zur Zeit der Menarche und im Klimakterium sowie nach Kastration findet man bei der Frau Follikelreifungshormon vermehrt im Urin. Auch hier tritt kein Luteinisierungshormon auf. Es ist einleuchtend, daß diese wichtigen Hormonbefunde die Betrachtungsweise der Gynäkologie wesentlich gefördert haben.

c) Das Fettstoffwechselhormon:

Zunächst anscheinend ohne Zusammenhang mit den hier zu behandelnden eigentlichen Genitalhormonen der Frau muß das Fettstoffwechselhormon doch erwähnt werden, weil es durch endokrine Krankheitsbilder wichtige Beziehungen zum Genitale aufweist. Wie *Anselmino* und *Hofmann* nachweisen konnten, beherrscht das von ihnen entdeckte Hormon die Fettverbrennung, indem dieses durch regulatorische Ausschüttung sowohl bei Fettangebot wie auch im Hungerzustand den intermediären Fettstoffwechsel leitet. Es vermehrt die Acetonkörper besonders die β-Oxybuttersäure im Blute bei Menschen und bei der Ratte. Das Hormon senkt nachgewiesenermaßen den Grundumsatz und erhöht die spezifische dynamische Wirkung. Als herabgesetzte Hormonwirkung muß angesehen werden das Krankheitsbild der Dystrophia adiposo-genitalis sowie die Kastrationsfettsucht. Als Überfunktion deuten *Anselmino* und *Hofmann* Fälle von acetonämischem Erbrechen bei Kindern und Erwachsenen, ferner, was für die Frauenheilkunde besonders wichtig ist, das Krankheitsbild der Hyperemesis gravidarum. Angesichts der Neuheit dieses Hormons existieren jedoch bis heute keine weiteren Untersuchungen.

d) Das Wachstums-Hormon:

Außer den von *Evans* und *Simpson* mitgeteilten Befunden über Riesenwachstum bei Dauerzufuhr an Ratten konnten in der bisherigen Literatur keine weiteren Beobachtungen ermittelt werden.

Digitized by Google

Die Ovarialhormone.

a) Das Follikelhormon:

Das Hormon des Follikels ist keineswegs an diesen allein gebunden. Es ist auch andererorts nachgewiesen, z. B. bei Tumoren, in der Galle, im Männerharn, in Kartoffeln, besonders reichlich in der Gravidität, die an sich eine Zeit der Follikelruhe darstellt. Die bisherigen Auffindungen zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tabelle:
Follikelhormon:

Vorkommen	M.-E. pro 1 kg
Follikelsaft	4000
Corpus luteum der Frau	5000
Plazenta	15000
Schwangerenblut	1000
Fruchtwasser	200
Schwangerenharn von Frau	12000
„ „ Pferd	100000
„ „ Kuh	7000
Carcinomharn	30
Hoden	30
Männerharn	50—200
Männerblut	50—200
Galle	600—800
Rüben	200
Kartoffeln	200
Hefe	200
Pflanzenblüten	200

Die Produktion des Follikelhormons im Ovar ist gesteuert vom Follikelreifungshormon des Hypophysenvorderlappens. Das Follikelhormon löst an seinen Erfolgsorganen Uterus und Vagina, Wachstum und zyklische Umwandlung aus. Die Hauptwirkungen des Hormons hat *Laqueur* folgendermaßen zusammengefaßt:

1. Brunstauslösung beim juvenilen, kastrierten und senilen Nager, 2. Wachstum der unentwickelten weiblichen Genitalien (nur Uterus und Vagina, nicht Ovar, keine Follikelreife!) bei fast allen Säugern, 3. Wachstumshemmung der männlichen Genitalien, 4. Wachstum der Brustdrüse.

Bei der Frau hat *Schröder* und seine Schule darauf aufmerksam gemacht, daß bezüglich Hormonwirkung eine vegetativ-azyklische Funktion von einer solchen zyklisch-generativen Charakters zu unterscheiden ist. Diese erste Funktion erhält die Trophik des Uterus, seine Größe und Turgeszenz aufrecht mit dem Ziel ein

Digitized by Google

wohlentwickeltes, zur Austragung einer Schwangerschaft befähigtes Organ zu schaffen. Diese Funktion knüpft sich an einen konstanten Bluthormonspiegel, der wahrscheinlich den wachsenden, nicht vollreifenden, später atresierenden Follikeln entstammt. Demgegenüber ist noch eine zusätzlich rhythmische Funktionswirkung zu erkennen, die die erste Hälfte des mensuellen Zyklus beherrscht. Ihre Aufgabe ist es, die Proliferationsphase an der Uterusschleimhaut auszulösen und zur Umwandlung in die prägravide Phase bereitzustellen. (zyklisch-generative Wirkung). Zur Zeit der Menarche ebenso wie zur Zeit des beginnenden Klimakteriums

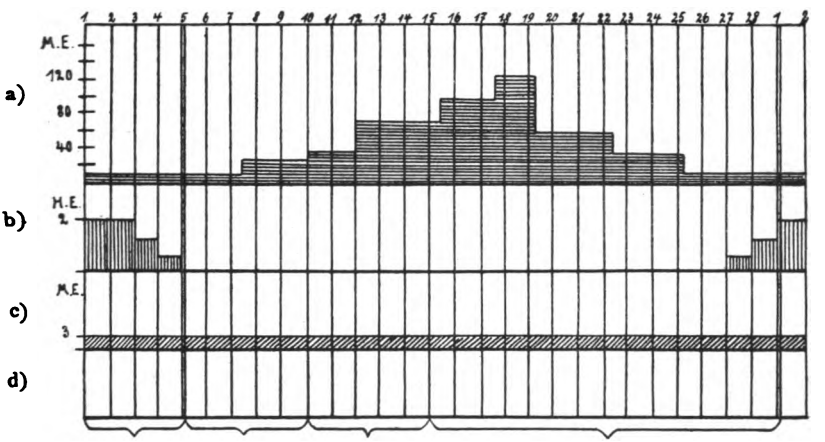


Abbildung 4.

Hormonausscheidung im Frauenharn während des mensuellen Zyklus.

a) Follikelhormon (nach Siebke)
b) Männl. Sexualhormon (nach Siebke)
c) Follikelreifungshormon
d) Luteinisierungshormon

findet man am Ovar sehr viel wachsende und atresierende Follikel. Tatsächlich ist hier die azyklisch-vegetative Hormonproduktion sehr hoch und physiologisch erwünscht. Ein besonderes Ereignis für die Produktion des Follikelhormons ist der Eintritt einer Schwangerschaft. Der Vermehrung der Hypophysenvorderlappenhormone folgend, kommt es auch hier zu einer massenhaften Erzeugung des Follikelhormons, das wiederum zum größten Teil in der Plazenta entsteht, doch ist die Steigerung der Follikelhormonproduktion eine etwas langsamere, wenn auch später gleich intensive, wie bei den Hypophysenvorderlappenhormonen (Abbildung 3). Wieder tritt das überschüssige Hormon in großen Men-

Digitized by Google

gen in den Harn über. Der Harn der schwangeren Frau, ergiebiger noch der Harn der trächtigen Stute, wird bei der technischen Herstellung des Follikelhormons als Rohmaterial benützt. Im normalen Frauenharn werden wie *Siebke* nachgewiesen hat, im Intermenstruum größere Mengen Follikelhormon ausgeschieden (siehe Abbildung 4).

b) Das Corpus-luteum-Hormon.

Ist das Follikelhormon das Hormon der Proliferationsphase, so muß man in dem Corpus-luteum-Hormon jenen Stoff sehen, der unter dem Einfluß des übergeordneten Luteinisierungshormons die prägravide Phase an der Uterusschleimhaut auslöst. (Abbildung 2, c zeigt die weitgehenden Veränderungen, die dieses Hormon an der Uterusschleimhaut veranlaßt). *Zondek* nennt das Hormon auch das Hormon der Schwangerschaftsvorbereitung und der Schwangerschaftsfürsorge. Genetisch entstammt das Hormon den Granulosazellen des Corpus luteums. Dabei ist es beachtenswert, daß die Thecazellen des Corpus luteums immer noch reichlich Follikelhormon enthalten. Über die geschilderten Wirkungen des Hormons an der Uterusschleimhaut hinaus sind unsere Kenntnisse über dieses Hormon noch nicht gediehen.

Das männliche Sexualhormon (Androkinin).

So widersinnig es auch scheint, das Vorkommen von männlichem Sexualhormon im Organismus der Frau ist seit *Siebke*s Entdeckungen eine gesicherte Tatsache. Dieser Autor konnte dieses Hormon im Harn von Schwangeren, Wöchnerinnen und Tumor-Patientinnen, ferner im Menstrualblut nachweisen. Über das bisher festgestellte Vorkommen orientiert die nachfolgende Zusammenstellung:

Tabelle

Männliches Sexualhormon:

Vorkommen	H. E. pro 1 kg
Männerharn	0,04—0,1
Hoden	1,0
Nebenhoden	vorhanden
Frauenharn normal	fraglich
Schwangerenharn	0,5—1,0
Wochenbettharn	0,0—0,3
Menstrualharn	2,0
Carcinomharn	1,0—3,0
Chorionepitheliomharn	4,0
Hefe	vorhanden
Pflanzenblüten	„
Foetales Gewebe	„

Digitized by Google

Besonders auffällig ist die Beobachtung, daß vor und während der Menstruation plötzlich männliches Sexualhormon in zu- und später rasch abnehmender Menge im Harn der Frau erscheint und das in einem Zeitraum, in dem erfahrungsgemäß die geringsten Mengen Follikelhormon im Harn der normalen Frau nachgewie-

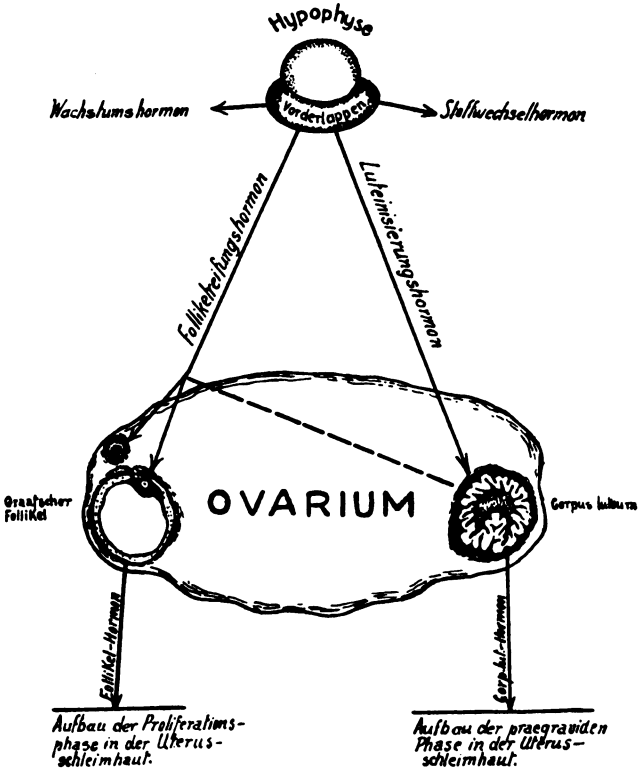


Abbildung 5.
Funktionsrichtung der einzelnen Hormone.
Förderung ——————→ Hemmung — — — →

sen werden (Abbildg. 4). Benigne Tumoren haben kein männliches Sexualhormon im Harn, dagegen maligne Tumoren in hohem Maße. Die höchsten Mengen sind beim Chorionepitheliom nachgewiesen. Dieser Tumor zeigt 4 Hahnenkamm-Einheiten im Liter Urin, wogegen erstaunlicherweise in einem kg Stierhoden höchstens 1,0 H.E. vorgefunden wird.

Gleich dem Follikelhormon ist das männliche Sexualhormon im eigentlichen Sinne als ungeschlechtlich zu bezeichnen. Es ist

Digitized by Google

ein Stoff befähigt, männliche Geschlechtszeichen auszulösen! Welche besondere Aufgaben diesem Hormon im weiblichen Körper zufallen, ist noch nicht festgestellt.

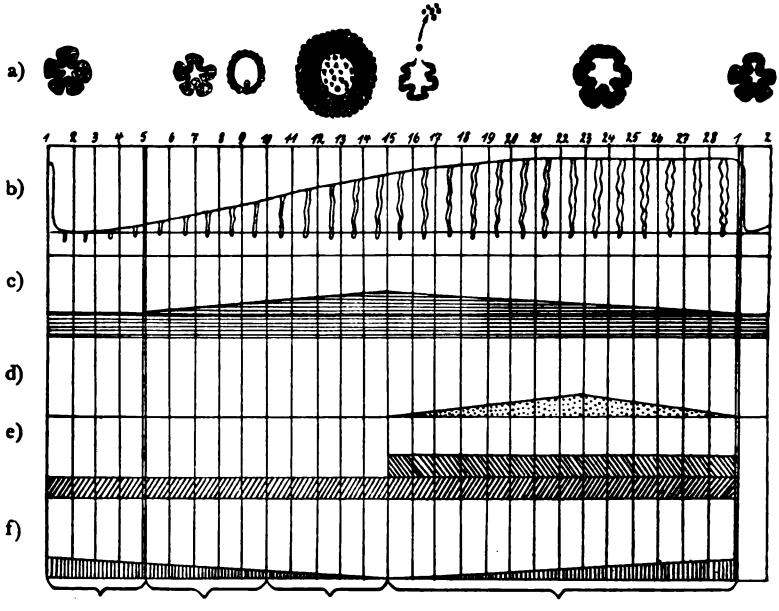


Abbildung 6.

Schematische Darstellung des Hormonspiels im Organismus der Frau während des mensuellen Zyklus.

a) Vorgänge am Follikelapparat des Ovars.
b) Auf- u. Abbau der Uterusschleimhaut.
c) Follikelhormon
(Konstanter Spiegel + zyklische Phase.)
d) Corpus-luteum-Hormon
(Zyklische Produktion)
e) Hypophysenvorderlappenhormone
(Kontinuierliche Produktion des Follikelreifungshormons. Periodische Produktion des Luteinisierungshormons.)
f) Männliches Sexualhormon
(wahrscheinlich zyklische Produktion.)

Funktionelle Wechselbeziehungen der einzelnen Hormone.

Die Tätigkeit des Hypophysenvorderlappens als rhythmuserregende übergeordnete Sexualdrüse, die sinnvolle Wirkung des

Digitized by Google

Follikelhormons an der Uterusmucosa unter dem Einfluß des zuströmenden Follikelreifungshormons, die Fortsetzung der hormonalen Führung im Luteinisierungshormon mit dem Endeffekt der prägraviden Phase ist im Vorangegangenen genügend dargelegt worden. Die angeschlossene schematische Darstellung (Abbildung 5), die *Zondek* folgt, soll die wichtigen Abhängigkeitsbeziehungen nochmals graphisch festhalten.

Das komplizierte Zusammenspiel der einzelnen Hormone im weiblichen Organismus während eines mensuellen Zyklus veranschaulicht Abbildung 6.

Außer diesen fördernden Beziehungen muß noch gewisser hemmender Momente im hormonalen Zusammenspiel Erwähnung getan werden. Es gelingt zum Beispiel durch Zufuhr von Luteinisierungshormon den Zyklus zu unterbrechen (hormonale Sterilisierung). Offensichtlich hat das Corpus luteum hemmende Einflüsse auf die Follikelreifung. Es ist ferner wahrscheinlich gemacht worden, daß Follikelhormon selbst auf das Follikelreifungshormon hemmenden Einfluß nehmen kann, das Primat des Hypophysenvorderlappens in der Sexualsphäre bleibt aber unangetastet. Entfernt man diesen, so hört die Funktion des Ovars auf, während auf Kastration der Hypophysenvorderlappen mit vermehrter Sekretion antwortet.

Überblickt man das ungeheuer vielseitige, in seinen einzelnen Beziehungen heute erst teilweise zugängliche Hormonspiel des weiblichen Organismus, so erkennt man die unbegrenzte Möglichkeit zu Störungen der hormonalen Harmonie. Kleinste Läsionen müssen katastrophale Auswirkungen nach sich ziehen. Keineswegs brauchen diese im alleinigen Gebiet der Frauenheilkunde offenkundig zu werden. Ihrem physiologischen Wirken nach muß jede Hormonstörung den Gesamtorganismus treffen. Zweifellos wird manche Allgemeinstörung einer fruchtbareren Therapie zugeführt werden können, wenn der Arzt sich daran gewöhnt, im Hintergrund der Erkrankung auch das »Weben der Hormone« zu sehen!

Literatur.

Zondek: Die Hormone des Ovars und des Hypophysenvorderlappens. Springer, Berlin 1931.

Androkinin: *Siebke:* Arch. f. Gyn. 1931. S. 415.

Löwe u. *Voß:* Akademie der Wissensch. Wien 1927. Akademischer Anzeiger 1929/20.

Pezard: 1. Erg. d. Phys. 27, 552.

2. Die Bestimmungen der Geschlechtsfunktion bei Hühnern. Bergmann, München 1928.

Digitized by Google

Follikelhormon: *Siebke:* Zentralbl. f. Gyn. 1929. Nr. 39; 1930. Nr. 26; 1930. Nr. 28; 1930. Nr. 31.
Corpus-luteum-Hormon: *G. W. Corner* u. *W. M. Allen:* Americal Journal Physiol. 88. Nr. 2. 1929.
Clauberg: Zentralbl. f. Gyn. 1930. 44, 2757.
Fettstoffwechselhormon: *Anselmino* u. *Hofmann:* Klin. Wo. 1931, Heft 51.

Digitized by Google

Der Erziehungseinfluß der Frau.

Von

Dr. **Th. Thomas,** Friedenau.

Es besteht kein Zweifel daran, daß der Einfluß der Frau auf die Erziehung der heranwachsenden Jugend ein geringerer in den vergangenen fünfzehn Jahren geworden ist. Die innere, seelische und moralische Verbundenheit zwischen der Mutter und ihrer fünfzehn- oder zwanzigjährigen Tochter ist beinahe ebenso schwach geworden, wie die Kontaktherstellung zwischen Mutter und Sohn im selben Lebensalter. Wenn auch bereits in früheren Jahrzehnten vielfach der junge Mann sich freizumachen versuchte vom mütterlichen Leitfaden, wenn er mehr den Einflüssen des Vaters oder seiner männlichen Freunde zuneigte, so war das doch mehr zu erklären aus denjenigen Einflüssen, die Verlauf der Schulzeit oder Lehre in dem jungen Manne wirksam werden ließen. Heute aber ist es zum großen Teile ein viel gefährlicheres Moment, das sich zwischen die erzieherische Leistung der Mutter und das Verständnis bei ihren Kindern stellt: das zeitgemäße Schlagwort.

Die bewußte, frühzeitige, allzu vorzeitige Abstreifung der kindlichen Eigenschaften ist eine Frucht der demagogischen Verselbständigungsparolen, die seit etwa zwölf Jahren in unserem Lande als das Allheilmittel gepredigt werden. Der Krieg hat natürlich diesen Zustand vorbereitet, aber niemand kann ernstlich behaupten wollen, daß der Krieg diesen Zustand auf immer verankert habe. Ganz im Gegenteil mußte eigentlich als Reaktion zum familienzerreißenden Kriegszustand die Wiederaufnahme der innigen, festen Familienbande als selbstverständliche Folgerung erscheinen; wenn das nur in ganz geringem Maße der Fall war, so ist daran einzig und allein die Tatsache schuld, daß man gerade dem jungen Menschen jener Zeit soviel neue Lehren mit auf den halb angefangenen, meistens in der Mitte durch Krieg oder Kriegesfolgen abgebogenen Weg zum Leben gab, daß die Methoden, nach denen sich die deutsche Jugend seit Jahrhunderten langsam, aber kräftig entwickelte, vollkommen verwirrt und verändert wurden.

Digitized by Google

Wir können heute, nachdem schon zwei neue Kindesgenerationen seit dem Beginn jener Epoche unsere Schulen zu besuchen begonnen haben, einen Schluß darüber ziehen, daß die Darbietung großartiger Reformen unter allerlei bombastischen Namen der deutschen Jugend zweifellos mehr geschadet, als genutzt hat. Man stellte das Leben in Vereinen, Klubs, Verbindungen, Sportriegen und anderen Gemeinschaftsunternehmungen einfach über das Familienleben, man machte damit die Frau, die Mutter, einfach unfähig, über das Leben und die Lebensentwicklung ihrer Kinder auch nur einigermaßen sicher informiert zu sein. Wie oft entwickelte sich nicht aus einem Knaben, der eines Tages einem harmlosen Turnklub sich einreihte, ein bramabarsierender Politiker, der mit ganzer Unreife höchst energisch jeden Einspruch zurückwies und erst recht den Versuch der Mutter, ihm klarzumachen, daß er sich da auf einem Gebiet befinde, das reifere Menschen in größte Schwierigkeiten zu bringen geeignet sei.

Inzwischen war auch das junge Mädchen der Mutter dadurch entfremdet worden, daß eine wahre Sport- und Bildungsmanie mit der ganzen unerhörten Rekordhascherei durch das Land fegte und alle jungen Mädchen fast ohne Ausnahme und ohne Unterschied der Stände in ihren Bann schlug. Es kam nicht mehr darauf an, sich für gleichmäßige und anhaltend gute Leistungen auf möglichst vielen Gebieten des Lebens vorzubereiten: es kam nur auf eine einmalige, möglichst sensationelle Leistung an, die irgendwie in der Zeitung mit fetten Lettern feilgeboten werden sollte. Ob das nun auf dem Wege über eine Redeschlacht der Schülerinnen von Lyzeal-Oberklassen erfolgte, oder durch eine unerhört anstrengende Leistung im Schwimmen, Fliegen oder Tennisspielen, alles war und ist gleichgültig: die einmalige Rekordleistung bleibt anscheinend auch über die kommenden Jahre noch das Ziel auch der weiblichen deutschen Jugend.

Dieser Zustand ist keineswegs normal, er ist nicht gut und auch nicht einmal erträglich. Er ist aber absolut verderblich in einer Zeit, in der wir wissen, daß unser Volk in einem kranken Zustand schwere Leistungen zu vollbringen hat, mögen diese Leistungen nun in der Abtragung von Schuld oder in der Rekonstruktion des Reiches selbst zu erblicken sein. Sicher ist nur, daß da mit einmaligen Rekordleistungen durch unsere jungen Männer und Frauen nichts getan ist, daß es hier nur auf den Sieg der Ausdauer und der gleichmäßigen Arbeitsfähigkeit ankommt. Wir nähern uns dieser Zeit ohne jede Frage mit jeder Stunde mehr, und es ist zu fürchten, daß wir nur allzu spät auf dem beschrittenen Wege erkennen müssen, daß er in eine Irre führt, die wir einmal als schöne Fata-Morgana sahen, aber nicht als solche erkannten. Es heißt also: zurück zur Normalisierung, und der Aus-

Digitized by Google

gangspunkt zu dieser Wegführung ist die Übernahme der Umbildung und der Ausübung der Neuerziehung durch die deutsche Frau zu einem erheblichem Teile der Gesamt-Erziehungsarbeit.

Denn was trotz Rekorden und Sensationen der Seele der deutschen Jugend viel zu wenig geboten wurde in allen diesen furchtbar-schönen Jahren der so viel gepriesenen Verselbständigung, das war Verständnis und Liebe. Man kann für eine gewisse Zeit diese bewegenden Faktoren des menschlichen Lebens entbehren, wenn Ruhm und Gewinn für sie eintreten. Aber es kommt die Stunde, wo man Liebe nicht für Ruhm hergeben mag, wo man aufgehört hat, Verständnis gegen Geld umzutauschen. Diese Stunde ist für sehr viele junge Leute in unserem Vaterlande eigentlich schon lange gekommen; und was sie alle wollen, wenn sie in politischen Versammlungen der Jugendlichen sich heiser schreien, wenn sie in lauten Umzügen demonstrieren, das ist eigentlich nichts anderes als dasselbe, was der blasse und schüchterne Primaner früherer Jahrzehnte hinter den Gardinen seiner Studierstube erträumte: Verständnis und Liebe! Die doch fast immer nur eine Frau bieten kann, meistens in jenem Alter die Mutter!

Laßt die Mutter mehr mit ihren Kindern sprechen. Zwingt die Kinder nicht dazu, so viele Stimmen zu hören. Mögen diese Stimmen auch die der neuen Retter sein, die der gewaltigsten Sieger und Könner aller Erdteile, laßt nicht mehr das Radio einfach jede Stunde des Tages zerhämmern, nicht mehr die Vereine und die Kaffeehäuser jede freie Minute für sich in Anspruch nehmen im Tageslauf der Jugendlichen. Wo ist die Regierung, die irgendwie verordnet, daß alle jugendlichen Volksangehörigen ihrer Mutter oder der Frau, die sie erzogen hat und erzieht, wenigstens eine halbe Stunde am Tage gehören und zuhören müssen?! Das wäre keine Notverordnung, auch wenn sie wegen der Not der Jugend verordnet würde, das wäre der erste, wirklich gewaltige Schritt zu einer Heilung der kranken Volksseele.

Der Erziehungseinfluß der Frau ist immer von der Sehnsucht, von der Hoffnung und vom Verlangen in Herz und Seele der Jugend ausgegangen. Und gerade das sind die menschlichen Regungen, die heute und seit bald anderthalb Jahrzehnten am meisten gefoltert werden, unterdrückt und langsam abgetötet. Wenn es gelingt, auch nur einen kleinen Teil der beinahe vernichteten Werte dieser Art für unser Volk zu retten, dann ist mehr getan und erreicht, als wenn alle Reparationen und Kriegsschulden der Welt mit einem Federstrich hinweggefegt worden wären. Denn ohne diese vorbereitende Arbeit wäre es sogar möglich, daß bei endlicher Lösung der Weltwirtschaftskrise eine neue Periode der Überheblichkeit, der Ausschweifung und der Taumelei

Digitized by Google

einsetzen würde. Und damit wäre dann der allerletzte Akt des Schauspieles »Deutschland« eingeleitet.

Es gilt, dieses Schauspiel zu einem erhabenen und erhebenden zu gestalten, in seiner Fortsetzung den Nachweis zu erbringen, daß es eine Kultur ohne dieses Stück Deutschland nicht geben kann. Aber nur wenn die Frau, die deutsche Mutter wieder zu jenem Einfluß über das Leben ihrer Kinder, der deutschen Jugend, gelangt, der früher einmal eine Selbstverständlichkeit war, nur dann ist es möglich, dieses Geschehen zu einem glückhaften Aufbau zu führen. Man sehe doch nicht immer nur Zahlen und Berichte und Kurse und Tendenzmeldungen, man sehe doch einmal die Sehnsucht im Auge des Knaben nach einem Ideal und nach einem erstrebenswerten Ziel, die Hoffnung im Blick des Mädchens, das eine hohe und inhaltreiche Arbeit einmal neben der Liebe für den Mann eines reinen Herzens ihr Leben ausfüllen werde. Und mit diesen Faktoren lassen sich gewiß bessere Wege bahnen zum schönen Endziel als mit Klubs und Verbänden, Zirkeln und Riegen. Jedes zu seiner Zeit, aber alles unterwerfen der gütigen und beratenden Liebe der Mutter. Deswegen: mehr Erziehungseinfluß der Frau in dieser Zeit!

Digitized by Google

Friedrich Hölderlin, eine psychiatrische Studie zu Benedikt Lochmüllers Hölderlin-Epos „Brand im Tempel".

Von
Oberarzt Dr. **F. Stemplinger**, Bayreuth[1]).

Im Spätsommer 1931 brachte der Verlag Wolfgang Jeß in Dresden ein neues Werk des fränkischen Dichters Benedikt Lochmüller heraus, das als eine Odyssee der Seele Hölderlins Leben zum Vorwurf hat. In der Pressekritik des Werkes war des öfteren auch auf die Schwierigkeit der Aufgabe aufmerksam gemacht worden, die sich der Dichter gestellt hatte. Denn es handelte sich dabei vor allem darum, die introvertierte Wesensart Hölderlins mit der oft harten und nüchternen Außenseite seines Lebens formal in Einklang zu bringen. Die Bedeutung Hölderlins innerhalb der deutschen Literatur ist längst eindeutig festgestellt, er gilt fast unbestritten als der größte deutsche Lyriker. Eine mehr psychiatrische Auffassung des »Falles« Hölderlin, die dem Arzt in erster Linie natürlich läge, kann daher auch kaum mehr zu Mißdeutungen Anlaß geben. Der seelenforschende Arzt hat also die Möglichkeit, Hölderlin ungehemmt auch von seinem Standpunkt aus zu betrachten, sein Bild klinisch-psychiatrisch festzulegen, ohne seine Unsterblichkeit zu brüskieren.

Ich schicke das voraus, auch als Ausdruck dafür, daß ich mich als Psychiater naturgemäß nicht berufen fühle, Lochmüllers Dichtung als solche zu werten, aber das klinische Bild der tragenden Figur der Dichtung, Hölderlins, zu umreißen, erscheint mir außerordentlich reizvoll.

Daß Hölderlin, 1770 geboren, schon mit 2 Jahren den Vater und dann mit 9 Jahren auch den Pflegevater verlor, konnte nicht ohne Einfluß auf seine seelische Entwicklung bleiben. Seine offenbar etwas schwermütig angekränkelte Mutter fand wohl nie so recht den Weg zur schizothymen Eigenart des Sohnes, dessen scheuer Zurückhaltung vor den Menschen als Ergänzung ein aus-

[1]) Im Benehmen mit dem Dichter.

Digitized by Google

gesprochen starkes Verhältnis zur Natur gegenüberstand. Mit seinen Lehrern und Erziehungsmaßnahmen rechnete Hölderlin bitter ab, ob es sich nun um Elementarschule oder um Seminar oder um Universität handelte. Schon damals sehen wir seine sensible Art im aussichtslosen Kampf gegen die pädagogischen Gewalten der Umwelt, seine gereizte, verschlossene, mißtrauische Stimmung neigt zu harter, übertreibender Anklage. Seine Geistesverfassung grenzt an Schwermut, die Lochmüllers psychologisches Verständnis als Pubertätsschwankung zeichnet, in der mir aber bereits gewisse schizoide Züge aufzutauchen scheinen. Eine unglückliche Jugendliebe zur Klosterverwalterstochter Luise Nast wirkte sicher ungünstig und verbraucherisch auf seine Seelen- und Nervenkräfte. Auch lasse ich es dahingestellt, ob hinter Zeilen wie den folgenden gelegentlich leichte Masochismen lauern:

Wenn wir einmal auf dem Sprunge sind,
Holz zu spalten oder zu handeln
Mit Pomade und Stiefelwachs,
Dann ist es immer noch Zeit zu fragen,
Ob es nicht etwa besser noch wäre,
Repetent in Tübingen zu werden.
Denn durchs ganze Württemberg
Und die Pfalz herunter
Riecht das theologische Stipendium mich an
Wie eine Bahre, drin schon allerlei Gewürm
Sich regt. —

Es ist also auch kein Wunder, wenn von seinen sämtlichen Lehrern nur der Name des Magisters Conz ihm und uns erhalten geblieben ist. Alles andere versank ihm in Ekel, der seine Erinnerung an alle Schuldrangsale zu tilgen bereit und imstande war. Die Begegnung mit den Studienkameraden Hegel und Schelling wird von Hölderlin als das einzig Positive seiner Tübinger Stiftszeit gebucht. Völlig negativ verläuft seine Bekanntschaft mit Schiller. Hier scheinen Kräfte gegenseitiger Abstoßung fast mit zynischer Sicherheit zu wirken. Das unstete Wesen Hölderlins wird von Schiller als Mangel an Gründlichkeit im Wissen und im Betragen (!) ausgelegt und mißverstanden. Der Lyriker Hölderlin hat schon in den darauffolgenden Jahren das Wort zu Gedichten einer Meisterschaft, die von Schiller wohl kaum je erreicht wurde. Doch gibt dabei die Heftigkeit seiner Vorstöße in die übersinnliche Welt zu Befürchtungen Anlaß. Lochmüller läßt über Hölderlins Bahn schon jetzt die Unglückssterne des Wahnsinns und der griechischen Hybris gelegentlich leise aufleuchten.

Warum das Schicksal so genannt wird,
Niemand weiß es.

Digitized by Google

So formuliert Lochmüller im Hinblick auf Hölderlins Lebensgang. Der Psychiater aber würde hinzufügen: wer kann sagen, ob Hölderlin in ähnlich günstigen Verhältnissen wie Goethe schizophren geworden wäre trotz aller inneren Veranlagung? Man wäge die Umweltsbedingungen, die herben Enttäuschungen, das Bewußtsein der Kluft zwischen Erstrebtem und Unerreichtem, Unerreichbarem! Kommt uns hier nicht die moderne Auffassung reaktiver Ingangsetzung schizophrener Prozesse in den Sinn? Leider muß ich es mir versagen, alle die packenden Strophen anzuführen, mit denen uns Lochmüller einführt in den beginnenden Autismus, die halluzinatorische Belästigung und Erregung, die Stimmungsschwankungen, die schließlich seine berufliche Tätigkeit behinderten.

In Jena suchte und fand er die Bekanntschaft mit Goethe, Herder und Fichte und gewann damals in Sinclair einen treuen Freund. Lange hielt es ihn auch dort nicht und es liegt die Vermutung nahe, daß er in dieser Umgebung an Minderwertigkeitsideen litt.

Festzustellen, welche Wirkung die heute weltbekannte Diotima-Periode, die Zeit seiner Liebe zu Susette Gontard, der Frau des Frankfurter Bankiers Gontard, auf sein Seelenleben letzten Endes hatte, kann wohl überhaupt nie versucht werden. Die Glut seiner damaligen poetischen Erzeugnisse — auch der Roman Hyperion wurde begonnen — läßt auf eine sehr günstige Einwirkung schließen; es bleibt aber die Katastrophe der nachfolgenden Trennung der Liebenden, die ihr vier Jahre später das Leben kostete, ihm aber die seelische Festigung. Wie durch ein Wunder gelang ihm gerade noch das Trauerspiel »Empedokles«, dann beginnt erst versteckt, allmählich offensichtlicher sein Leiden. Sein Leben in der Schweiz kann gerade noch als Vorstadium bezeichnet werden, von dem Lochmüller die wachsende Menschenscheu und seinen zunehmenden Autismus schildert. Selbstmordgedanken blitzen auf, die er aber im »Empedokles« abreagierte. Es erfolgt die Reise nach Bordeaux im Januar 1801. Schwere Zerwürfnisse mit der dortigen evangelischen Gemeinde und ein nicht mehr gutzumachender Zusammenstoß mit dem deutschen Konsul, seinem Brotgeber, bringen die Psychose ins Rollen. Dazu kommen seine völlig erschöpfenden, maßlosen Fußwanderungen von Bordeaux nach Paris, von Paris nach Stuttgart, Überanstrengungen seiner körperlichen Leistungsfähigkeit, die seiner Psyche nicht zuträglich sein konnten. Das Eigengefühl der bereits veränderten Persönlichkeit schält sich besonders deutlich heraus in einer Szene auf einem Landschloß vor Paris. Wir lesen da bei Lochmüller wörtlich:

Digitized by Google

Dann fragte ihn die Frau, die gerne doch
Auch von ihm selber etwas wissen wollte,
Ob er von sich nach dieser Lehre glaube,
Daß er unsterblich sei. Da sagte er:
O ganz und gar nicht! Ich, der hier vor Ihnen
Jetzt augenblicks in diesem Zimmer sitzt?
Ich bin es nicht. Ich denke nicht mehr schön.
Jedoch das Ich, das früher mein gewesen,
Das vor zehn Jahren noch das meine war,
Das ist unsterblich, ist mein guter Geist,
Denn schöner als dies Ich hat kein's gedacht.

Hölderlins »leerer Blick«, die »Gedankenflucht des wahnverirrten Träumers« konnten über die wahre Natur des Leidens nicht mehr hinwegtäuschen:

Die Ärzte gaben ihn auf,
Doch keiner von ihnen hat
Das geheime Geschehen ergründet,
Das damals Hölderlin zerbrach.

Nürtingen 1802. Damals begann Hölderlins spätes Hymnenwerk, das »einen Höhepunkt der deutschen Lyrik und der Weltliteratur überhaupt darstellt«. Das Ineinander stärkster, reinster Inspirationen und der zunehmenden Erkrankung wird immer gefährlicher und unheimlicher. Schon jetzt ergibt sich von außen her ein erschütterndes Bild. Es beginnen geisteszersetzende Selbstgespräche, sein Autismus nimmt einen heftigen psychodynamischen Verlauf, seine Hände zittern, er knirscht mit den Zähnen, flucht, fürchtet sich vor den Menschen, denen er jedweden Zutritt verwehrt, wird stumm gewalttätig gegen die dingliche Umwelt, doch bricht er nur selten aus sich los

Im angstzerbroch'nen Schrei gequälter Seele,
Wann zu sehr ihn der Wirrwarr inn'rer Stimmen
Unklar hin und her zu reißen drohte.

Lochmüller zeichnet das im 15. Kapitel seines Epos. Dieses Kapitel stellt überhaupt die Durchdringung von Genialität und Erkrankung am klarsten heraus. An seinen letzten, ganz großen Inspirationen verbrennt er. Die verheerende Rückwirkung auf seinen Körper wird eindeutig zugegeben:

Als ob mit einer königlichen Leiche
Ein Wikingerschiff
Hinunterbrenne
In das Grab der Wogen.

»Manisches Gebaren« macht den immer Kränkeren schließlich gemeingefährlich; es war im Frühling 1806. Im Sommer des gleichen Jahres wird er dann in die psychiatrische Klinik von

Digitized by Google

Austenrieth zu Tübingen verbracht. Monatelang leidet er dort an schweren Tobsuchtsanfällen, es kennzeichnet ihn die »Qual der tobenden Sucht«, dann ebben die akuten Erscheinungen, vor allem die Erregungszustände ab,

Frieden schlossen
Leib und Seele
Über den Trümmern des Geists.

Es klingt unsagbar hart und doch muß es zur Vervollständigung des klinischen Bildes gesagt werden: Hölderlin tritt 1807 ins Zeichen schizophrener Verblödung mit ihrer gedanklichen Zerfahrenheit, sinnlosen Aktivität oder stumpfem Nichtstun, dem Erlöschen des Gefühlslebens, überwuchert vom üblichen Beiwerk üppigster Fülle: Gedankenleere, Verschrobenheit, Stereotypien, Halluzinationen, Größenwahn und derlei mehr. Gemildert erscheint dieser Defektzustand durch vorübergehende Ruheperioden, die dem Kranken den Anschein eines nur Leichtgestörten gaben. Über all dem aber verklingt das große, von Lochmüller gestaltete Largo seiner zweiten Lebenshälfte in die Ahnung der Erlösungsmöglichkeit auch der gebundensten, beladensten Menschenseelen.

Benedikt Lochmüllers Epos erschöpft sich also nicht nur in der dichterischen Gestaltung einer genialen, psychopathologischen Persönlichkeit, für die der Seelenarzt jeder Kategorie und alle, die mit ähnlichen Persönlichkeiten zu tun haben, ein tieferes Interesse aufbringen, sondern »dringt bis in die Symbolkraft der Odyssee der menschlichen Seele überhaupt vor, sie zeichnend und feiernd als ein irrationales Gebilde aus Geist und Wahn«.

Digitized by Google

Kleinere Mitteilungen.

G. Jelgersma, Atlas anatomicum cerebri humani. Amsterdam, Verlag von Scheltema & Holkema's Boekhandel. Preis mit Bukrammappe hfl. 90.—.

Auf 108 großen Lichtdrucktafeln (43:32 cm) hat *J.* zahlreiche photographische Aufnahmen von mehrfach vergrößerten Markfaserpräparaten veröffentlicht. Es handelt sich um 7 Tafeln von horizontalen Hemisphärenschnitten, von ebensoviel Sagittalschnitten mit Kleinhirn, 22 von Frontalschnitten durch den Hirnstamm und 45 von Frontalschnitten durch die Hemisphären z. T. mit Hirnstamm. Die Methoden der angewendeten Fixierung nach Härtung, des Anfertigens der großen Schnitte, der Beizung und Färbung werden in einer Anleitung angegeben; gefärbt wurde mit 10 prozentiger alkoholischer Lösung von Hämatoxylin 50 ccm, Eisessig 5 ccm und Aqu. dest. 500 und differenziert nach der Palschen Methode; verschiedene Tricks werden mitgeteilt. Die vorzüglichen Abbildungen können als zuverlässige Basis für die Lokalisierung pathologischer Prozesse im Gehirn und für die Faserbindungen im normalen sowie für die Faserdegeneration und Atrophien im pathologischen Gehirn benutzt werden. Jeder Tafel ist ein Bogen durchscheinendes Pergamentpapier vorgeheftet, auf dem ein Schema der Kontur des Schnittes gezeichnet ist. Das Schema wird durch wagerechte und senkrechte, 2 cm voneinander entfernte Linien in Quadrate zerlegt, die in der Weise, wie es in geographischen Atlanten geschieht, durch eine Ziffer und einen Buchstaben bezeichnet sind und so kurz benannt werden können. Ein pathologischer Prozeß, eine Faserbahn oder ein Kern können somit hinreichend lokalisiert und auch auf dem Papier eingezeichnet werden, wobei die Tafel völlig intakt bleibt.

Wir finden in dem prachtvollen Atlas Bilder von der Windungsanordnung des Großhirns; u. a. tritt die Faserung der Calcarina sehr deutlich hervor. Insel und Ammonshorn kommen trefflich zur Geltung, ebenso das Mark der Windungen und des Hemisphärenzentrums, die Struktur des Thalamus opticus, die Linsenfaserung, die Bahnen der inneren und der äußeren Kapsel. Von hervorragender Anschaulichkeit ist auch die Meynertsche Serie durch Mittel-, Hinter- und Nachhirn; hier sind oft mehrere Bilder auf einer Tafel — ebenso auf den Tafeln mit den Schnitten durch Hals-, Brust-, Lenden- und Sacralmark. Das Werk eignet sich vorzüglich zur Verwendung in Laboratorium und Studierzimmer, die doch oft nicht über eine fortlaufende Serie von Schnitten durch das normale menschliche Gehirn in den drei Richtungen des Raumes verfügen; deren Herstellung würde ja auch wesentlich teurer sein, als der neue Atlas, dessen Herausgabe durch ein Subsidium des Niederländischen

Digitized by Google

Ministeriums für Unterricht, Künste und Wissenschaften ermöglicht worden ist.

Neuerdings ist der Atlas noch durch eine präzise Beschreibung jedes Schnittes bereichert worden. *G. Ilberg* (Dresden).

Lenz, Menschliche Auslese und Rassenhygiene (Eugenik). Dritte vermehrte und verbesserte Auflage. J. E. Lehmanns Verlag, München 1931. 594 S. RM. 15.—, geb. RM. 17.—.

Die neue Auflage dieses wohl überall rühmlichst bekannten Werkes bringt unter Berücksichtigung des einschlägigen Schrifttums bis auf die neueste Zeit eine Fülle von neuen Ergänzungen und Berichtigungen. Die enorme Bedeutung der Eugenik nicht nur für die Gesundung eines Volkes, sondern sogar für seine Existenz geht aus jedem Kapitel mit evidenter Klarheit hervor, und daher sollte das Buch von jedem Arzt, Pädagogen und Politiker, dem die Zukunft seines Volkes am Herzen liegt, genauestens gelesen und studiert werden.

Der erste Abschnitt behandelt die Bedeutung der Auslese und Gegenauslese beim Menschen und zunächst die biologische Auslese, vor allen Dingen der akuten Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Syphilis und Tripper, die Auslese durch Säuglings- und Kindersterblichkeit und die Auslese durch Alkohol und andere Gifte und die Auslese des Krieges. Auf Einzelheiten einzugehen verbietet die Kürze des zur Verfügung stehenden Raumes. Überall tritt die große Erfahrung des Verfassers, die souveräne Beherrschung des ganzen Stoffgebietes, die Klarheit seiner Gedanken hervor. Mit Recht weist er darauf hin, daß die Gegenauslese die wichtigste Ursache der Entartung mit ist, und daß die Einschränkung der Seuchen durch die moderne Hygiene auch eine üble Kehrseite in der Tatsache bildet, daß dadurch die Entartung gefördert wird, denn Individuen, die ohne Hygiene zugrunde gehen würden, werden am Leben gehalten und die Möglichkeit der Vermehrung minderwertigen Erbgutes dadurch bedingt.

Das zweite Kapitel behandelt die soziale Auslese, zunächst die erbliche Veranlagung und die soziale Gliederung, dann Rasse und soziale Gliederung. Wichtig ist die Tatsache, daß die hochbegabten Bevölkerungsschichten durch ungenügende Vermehrung langsam aussterben, während die weniger begabten sich stärker fortpflanzen, und daß auf diese Weise eine soziale Auslese im ungünstigen Sinne zustande kommt.

Das dritte Kapitel behandelt die Zusammenhänge sozialer und biologischer Auslese, die Unterschiede der Fortpflanzung, den auch für unser Volk so aktuellen Geburtenrückgang, die Tatsache, daß die Zugänglichmachung der höheren Bildung der Frau im Begriff ist, auf dem Wege der Gegenauslese zu einer Herabdrückung der Begabung des weiblichen Geschlechts zu führen. Im zweiten Abschnitt wird die praktische Rassenhygiene abgehandelt, zunächst die soziale Rassenhygiene, deren Bestreben dahin gehen muß, daß die Begabten und Tüchtigen sich stärker vermehren müssen als die Untüchtigen und Unbegabten, und daß dieses Ziel erreicht werden muß durch Hemmung der Fortpflanzung unterdurchschnittlich Veranlagter und durch Förderung der Fortpflanzung überdurchschnittlich Veranlagter. Die verschieden gemachten Vorschläge werden eingehend kritisch erörtert, vor allen Dingen auch die Bedeutung der Sterilisierung nicht fortpflanzungswürdiger Individuen und die ganzen Fragen der quantitativen

Digitized by Google

und qualitativen Bevölkerungspolitik. Eine Geburtenverhütung ohne rassenhygienische Regelung wird stets mit einer ungünstigen Auslese einhergehen und die Tüchtigkeit der Rasse herabdrücken. Wie der Ausgleich der Familienlasten erfolgen muß, wird näher ausgeführt und staatliche Kindergelder in Prozenten des Arbeitseinkommens empfohlen. Mit Nachdruck wird darauf hingewiesen, daß volksbiologisch die Frau in die Familie gehört und nicht in den Beruf, und die Frauenfrage in den gebildeten Ständen kann nicht immer durch Eröffnung neuer Berufsmöglichkeiten für die Frau gelöst werden, sondern nur dadurch, daß man den Mädchen Möglichkeiten zur Eheschließung verschafft. Erbrecht und Erbschaftssteuer, Siedlung und Wanderung, Politik, Wirtschafts- und Staatsform werden in den nächsten Kapiteln in interessanter und stets fesselnder Weise behandelt. Mit Nachdruck setzt sich Verfasser auch für das Siedlungswesen ein, und im Kapitel Politik, Wirtschafts- und Staatsform werden auch die Bedeutung des Sozialismus, des Nationalsozialismus unparteiisch vom rassenbiologischen Standpunkte zu erörtern versucht. Wenn die meisten Menschen politisch einsichtig und auf das allgemeine Wohl bedacht wären, dann wäre eine auf das allgemeine Wahlrecht gegründete Demokratie eine ideale Staatsform. Die zu lösende Aufgabe muß sein, wie die Verständigen, vor allen Dingen die Sachverständigen zur Führung des Staates kommen können. Eine gesunde Monarchie und auch eine gesunde Demokratie, beide können gut sein. Daß die Ziele der nationalsozialistischen Bewegungen auf dem Wege des parlamentarischen Systems verwirklicht werden können, hält Verfasser nicht für wahrscheinlich, aber auch den Kommunismus verwirft er von seinem Standpunkte aus.

Der letzte Abschnitt behandelt die private Rassenhygiene, die rassenhygienische Eheberatung, die Selbstbehauptung der Familie, in deren Blühen auch für den einzelnen das höchste dauernde Glück liegt, und zuletzt werden die Beziehungen zwischen Rassenhygiene und Weltanschauungsfragen besprochen.

Alles in allem liegt also hier ein Standardwerk von höchster Bedeutung vor, dem nur, wie schon oben gesagt, die weiteste Verbreitung gewünscht werden kann. *Liebers*-Zschadraß.

Kolle, K., Über Querulanten. Eine klinische Studie. Jul. Springer, Berlin, 1931. RM. 4.80. 80 S.

Bei den ausgedehnten Sammelforschungen, die *K.* anstellte bei Bearbeitung seines Buches »Die primäre Verrücktheit«, ging ihm auch Material über Fälle vom Typus des Querulantenwahns zu, da ja dieser mancherseits noch den Paranoiaformen zugerechnet wird, trotz gewichtiger Stimmen: *Wilmanns, Bumke, Gruhle, Kurt Schneider* u. a., die ihn in das Bereich der psychopathischen Entwicklungen und Reaktionen verweisen. Eben diese Fälle von paranoischen Entwicklungen, bei welchen das kennzeichnende Syndrom des primären Beziehungswahns fehlte, bearbeitet *K.* nun systematisch in seinem Buche.

K. macht uns zunächst mit einem sehr interessanten Falle (Fall Sutter) bekannt. (Die Darstellung, hier wie auch später, erfolgt nach dem von *K.* entworfenen Schema: Körperbau, körperliche Krankheiten, Sexualität, Suchten, persönliche Eigenart und Handschriftenanalyse, Kriminalität, äußerer Lebenslauf, Krankheitsgeschichten; dadurch wird die

Digitized by Google

Übersicht erleichtert und eine gute Vergleichsmöglichkeit mit den anderen Fällen gegeben.) Unter Benutzung des Falles Sutter wird nun die Psychopathologie der Querulanten und ihre Abgrenzung gegen die paraphrenen Wahnbildungen abgehandelt. Die Krankheitsbezeichnung Querulantenwahn und damit die Annahme, daß es sich dabei um eine Form der chronischen Paranoia handele, wird abgelehnt. *K.* schreibt nur von Querulanten verschiedener Typus'. Verf. schließt sich *J. Lange* darin an, daß bei vielen Querulanten Paranoisches im eigentlichen Sinne fehlt: »Was die Querulanten vereinigt, ist nicht das Wahnhafte oder was diesem mehr oder weniger gleichsieht, als vielmehr das Willensmäßige, die Richtung auf ein ganz bestimmtes Ziel.« — *Raeckes* Begriffsbestimmung der querulatorischen Wahnbildung genügt nicht mehr den Forderungen moderner Psychopathologie.« — Dem Charakter (bzw. Temperament) und dem Erlebnis wird die größte Bedeutung für die querulatorische Entwicklung beigelegt. Nur in einigen wenigen Fällen ließ sich kein eindeutiger »Kausal«-zusammenhang zwischen Erlebnis und querulatorischer Entwicklung finden: »Ohne Erlebnis keine Rechtsneurose.« — In Anlehnung an die *Schneider*sche Terminologie der psychopathischen Persönlichkeiten wird an Hand von 45 Fällen der Versuch einer Typenbildung gemacht; dabei ergeben sich folgende Hauptgruppen (in Klammern die Zahl der Fälle): I. Vorwiegend Hyperthymische (19). II. Im engeren Sinne Fanatische (6). III. Kontrastreiche Persönlichkeiten (13). IV. Vorwiegend oder rein Depressive, Sensitive und verwandte Typen (4). V. Ethisch Defekte (3). Bemerkenswert ist dabei noch, daß unter 49 Querulanten nur eine einzige rein sensitive Persönlichkeit war. Auch wenn bei expansiv-sensitiven Personen eine querulatorische Reaktion auf Erlebnisse in nicht ganz wenigen Fällen beobachtet wurde und psychologisch verständlich erscheint, so reicht dies zur Charakterisierung des Querulanten noch nicht aus. Allen diesen psychopathischen (Querulanten-) Typen ist vielmehr gemeinsam eine besonders kräftige Ausbildung der Strebungsgefühle in Verbindung mit aktivem Temperament und mit der charakterologisch nicht weiter auflösbaren seelischen Funktion des »Recht-haben-wollens«. — Nur 9 von 49 Querulanten sind nicht mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Dies ist ein hervorstechendes Unterscheidungsmerkmal gegenüber den Paraphrenen, bei denen die Kriminalität vor Ausbruch der Krankheit keine Rolle spielt. *K.* bespricht ausführlich die Art der Vergehen und ihre Verteilung auf die verschiedenen Persönlichkeitstypen. — Weiter werden, zur Erfassung der Bedingungen, unter denen ein Mensch zum Querulanten werden kann, im Sinne einer strukturanalytischen Betrachtungsweise, die seelische Eigenart, die Erlebniswirkungen und die soziologischen Beziehungen untersucht. — Unter 33 körperbaulich genau untersuchten Querulanten wurden 20 pyknische und 13 nichtpyknische Typen gefunden. — Ferner wird in einzelnen Kapiteln berichtet über: Sexualität; chronische Lebenskonflikte; Lebensalter, Geschlecht, Beruf, Familienstand; Verläufe; kriminalpsychologische Probleme. Allenthalben recht aufschlußreich. — Ausführlich wird die Erbbiologie (psychiatrische Befunde, Belastung mit Tuberkulose und Arteriosklerose, Untersuchungen an einzelnen Sippen) behandelt. Bei Kindern, Onkeln und Tanten, Vettern und Basen wurde überhaupt kein Fall von Schizophrenie, Paraphrenie oder manisch-depressivem Irresein gefunden; Querulantensippen verhalten sich in bezug auf

Digitized by Google

Belastung mit sicheren endogenen Psychosen wie die Durchschnittsbevölkerung, unterscheiden sich auch hierin deutlich von den erbbiologisch zur Schizophrenie gehörigen Paraphreniesippen. — Bei den Querulantensippen kam Arteriosklerose als Todesursache weit seltner, Tuberkulose als Todesursache eben so oft wie bei der Durchschnittsbevölkerung vor. — An den in der Kieler Klinik beobachteten Kranken prüft dann *K.* die obigen Ergebnisse unter Beigabe von Krankengeschichten nach. Hierbei wurde auch die interessante Feststellung gemacht, daß keiner der acht Querulanten dauernd anstaltsbedürftig war. — In einer Schlußbetrachtung werden die Ergebnisse zusammengefaßt: Die Begriffe Paranoia und Querulantenwahn sind fallen zu lassen; die Querulanten sind den psychopathischen Persönlichkeiten zuzurechnen, unbeschadet der besonderen Bedeutung dieses Typus. — In einem Anhang werden noch zwei interessante Krankengeschichten gebracht. *Werner*-Hochweitzschen.

Um die Preisarbeit des Deutschen Vereins für Psychiatrie: »Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie?« gingen sechs Bewerbungen ein. Der erste Preis wurde der von Sanitätsrat Dr. *Bratz* (Berlin-Wittenau) verfaßten Arbeit zugesprochen. Auch die Arbeiten von Professor Dr. *Friedländer* (Brake in Lippe) und Oberarzt Dr. *Ostmann* (Schleswig) wurden prämiiert.

Die nächste Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie soll in der Osterwoche 1933 in Würzburg stattfinden. Vortragsanmeldungen bis Ende Februar 1933 an Dr. *G. Ilberg* in Dresden-Bl. Schubertstraße 41.

Der Jahresbeitrag wurde auf 5 Mark herabgesetzt; er ist einzusenden an die Dresdner Bank in Hannover-Münden, Postscheckkonto 42050, Postscheckamt Hannover — auf Konto des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google

BOUND
SEP 17 1935
UNIV. OF MICH.
LIBRARY

Digitized by Google